//

CHIRURGIE DU CANCER

ET

FULGURATION

Etude critique de 40 cas de cancers graves traités par la méthode électro-chirurgicale dite fulguration (méthode de Keating-Hart), en collaboration avec l'Auteur de la méthode.

Par le Dr

C. JUGE de (Marseille),
Chirurgien des Hôpitaux.





Tiré a part des *Archives Provinciales de Chirurgie*,

N° 9, Septembre 1908

ADMINISTRATION :
IMPRIMERIE
12, Place des Jacobins, 12
LE MANS (Sarthe)

REDACTION
Adresser tout ce qui concerne la Rédaction :
à M. le Dr Marcel BAUDOUIN
21, rue Linné, PARIS, Ve.

1908

CHIRURGIE DU CANCER

ET

FULGURATION

Etude critique de 40 cas de cancers graves traités par la méthode électro-chirurgcale dite fulguration (méthode de de Keating-Hart). *En collaboration avec l'Auteur de la méthode.*

PAR LE Dr

C. JUGE (de Marseille),

Chirurgien des Hôpitaux de Marseille.

Le monde chirurgical n'a sans doute pas laissé passer inaperçu le rapport (1), présenté à l'Académie par le Pr Pozzi, sur une communication de de Keating-Hart (de Marseille) en juillet 1907.

Il s'agissait en l'espèce d'une sorte de compte-rendu fait par l'éminent Académicien, des résultats obtenus par l'auteur de la communication dans plusieurs cas de cancer très avancés, au moyen de l'étincelle de haute fréquence et de haute tension combinée avec une action chirurgicale nettement insuffisante. C'est, en partie, cette dernière caractéristique qui donnait à la méthode une de ses originalités, et rendait plus inattendus et plus troublants les résultats remarquables, quoique peu nombreux, qu'elle avait obtenus.

Depuis cette époque le temps a marché. De nouveaux et nombreux faits se sont accumulés, étendant les premiers espoirs et confirmant pleinement la valeur des principes fondamentaux qui avaient été formulés dès l'origine. En même temps des malades recouvraient la santé, qui avaient été déclarés, et qu'on pouvait à bon droit considérer, comme privés de tout espoir de guérison. A la lumière de ces observations journalières et fécondes, la technique de l'auteur s'est précisée

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 juillet 1907.

de plus en plus, tandis que moi-même, vivement incité dans ma curiosité scientifique par quelques cas que m'avait présentés mon ami de Keating-Hart, je m'associais depuis plus d'un an à ses recherches, et crois être arrivé à mettre à un point, suffisant pour le moment, *les phases absolument spéciales de l'action chirurgicale, collaboratrice indispensable de l'intervention électrique.*

Mon travail a pour but de faire connaître l'histoire des malades, au contact desquels s'est formée ma conviction. Il ressort de là qu'il n'est pas seulement une œuvre de statistique. Il est à la fois moins et plus; moins, car il n'embrasse pas tous les cas actuellement traités; plus, parce qu'au lieu d'une énumération sèche des résultats et d'un calcul au pourcentage d'où l'on peut tirer de douteuses conclusions, il constitue un dossier clinique vivant, un exposé de faits, vécus au jour le jour, appuyés sur une documentation histologique et photographique de véracité certaine. De ces éléments découlent des inductions d'ordre physiologique tout à fait inattendues, et des enseignements précieux.

Parmi les cas que je relate ici, quelques-uns ont déjà été mentionnés par K. H. dans ses communications antérieures; le plus grand nombre figure pour la première fois dans une publication. D'aucuns se rapportent à une date qu'on ne manquera pas d'estimer trop rapprochée pour en faire état, tandis que d'autres, plus anciens, commencent déjà, à ce point de vue particulier, à revêtir une valeur appréciable. Mais tous, récents ou lointains, me paraissent offrir en eux-mêmes un intérêt indéniable et consacrer la méthode électro-chirurgicale, dite Fulguration ou Méthode de Keating-Hart, comme douée d'une efficacité *inconnue de toute autre* dans le traitement des cancers graves et même de ceux réputés jusqu'alors inopérables.

Il y a grand intérêt à interpréter à la lumière de l'expérience acquise les premiers faits observés, ceux de la période des tâtonnements, et d'une thérapeutique à détermination encore imprécise. A ce moment l'action chirurgicale était notoirement insuffisante (même pour les besoins de la méthode), bien souvent malheureusement en dehors de la volonté de l'auteur (1).

Mais, pourtant, que de faits d'observations profondément suggestifs font ressortir déjà les événements de cette première période, et qu'un rapide coup d'œil rétrospectif va mettre sous les yeux du lecteur !

Lors de la communication de K. H. au Congrès de Milan en 1906,

(1) Néanmoins de Keating-Hart a trouvé à cette époque et dans maintes circonstances une précieuse collaboration dans la personne de MM. les Pr[s] Pozzi (de Paris), Maurras (de l'École coloniale à Marseille), les D[rs] Dartigues (de Paris), et Raynaut, oculiste (de Marseille).

et malgré que la méthode n'ait pris conscience d'elle-même que depuis un an environ, les résultats obtenus paraissaient assez notablement intéressants pour inciter à de nouvelles recherches.

A ce moment, le mode d'énergie électrique était bien l'étincelle de haute fréquence, produite par des appareils puissants et un interrupteur de grande vitesse. Par elle, K. H. se proposait d'obtenir « l'affaissement, le ramollissement du néoplasme », soumis à des applications de 20, 30 et 40 minutes sous anesthésie générale, dont les parties sphacélées étaient éliminées, ou immédiatement ou dans la suite des pansements, soit spontanément, soit à l'aide de la curette et du bistouri.

Cette action de sidération était assez complexe. Il existait bien évidemment, sous cette pluie violente et prolongée d'étincelles, une destruction plus ou moins profonde du tissu ; mais à cet effet immédiat s'ajoutait une action d'affaissement, d'aplatissement, de ramollissement intime de la tumeur : ce que l'auteur appelait la *Sidération*. Il la signalait particulièrement frappante dans les épithéliomas utérins, qui, de durs, épais et massifs, devenaient flasques et relâchés ; et sur les cicatrices dures et hypertrophiées des récidives post-opératoires, qui, sous l'étincelle, s'aplatissaient et s'effaçaient rapidement.

Un autre résultat, singulièrement favorable à la facile exécution de l'opération et à la sécurité post-opératoire, était l'hémostase, du moins capillaire. C'est ainsi que les hémorrhagies des cancers ulcérés, des épithéliomes de la langue et du col de l'utérus, des tumeurs ulcérées de la région du cou, étaient rapidement taries. Si l'on ajoute à ces effets immédiats le grand bienfait pour les malades de la disparition rapide, et pour un temps assez long, des douleurs les plus tenaillantes, on conviendra que de tels résultats n'étaient pas négligeables !

Ils apparaissaient encore plus encourageants, si on les étudiait dans ce que j'appellerai leurs conséquences vitales. En effet, de la statistique communiquée à ce moment (octobre 1906), au Congrès de Milan, il résultait que 22 cas furent traités, dont 13 l'avaient déjà été par les rayons X sans aucun succès.

Sur ces 22 cas, 6 étaient des cancroïdes de la face, dont la courte étincelle accompagnée d'exérèse aurait pu avoir raison, car celle-ci, quoique de puissance incomparablement inférieure, réussit quelquefois là où les rayons X ont échoué.

Restaient 14 cancers graves ; savoir : 6 carcinomes du sein, deux épithéliomas de la peau à marche rapide, 4 épithéliomas de la langue ou de la muqueuse buccale, un épithélioma du larynx et un volumineux lympho-sarcome du cou.

Au moment où l'auteur écrivait, trois de ces malades étaient morts : l'un (épithélioma de la bouche) de pneumonie par déglutition ; l'autre, atteint d'une récidive de cancer du sein opéré avec énorme envahissement ganglionnaire, s'est tuée ; une troisième enfin, porteuse d'un double et volumineux encéphaloïde du sein avec masses ganglionnaires, est morte de cachexie ; mais il est à noter que les douleurs avaient disparu et qu'une dyspnée pénible s'était singulièrement atténuée.

Les 13 survivants se décomposaient ainsi : 2 seins (des trois primitifs) étaient inopérables, en ce sens que, malgré une extirpation très large, la repullulation eut été immédiate. C'étaient des tumeurs énormes, remplissant le sein, s'étendant d'un seul tenant jusqu'à l'aisselle, qui, après un traitement infructueux par la radiothérapie longtemps prolongée, se trouvaient largement ulcérées.

Ces deux tumeurs furent étincelées à plusieurs reprises ; et les parties qui se sphacélèrent furent détachées au bistouri, mais sans aucun écart, loin des limites des parties mortifiées, et simplement dans le but d'épargner à l'organisme déjà affaibli un effort d'élimination superflu. L'une de ces malades présenta un petit noyau de récidive, qui fut étincelé et disparut. Actuellement, l'état de ces malades est aussi satisfaisant que possible ; et l'on trouvera plus loin la suite de leur histoire clinique (Obs. 5 et 49).

Un autre sein, deux fois opéré et deux fois récidivé, est d'abord radiothérapisé avec un certain succès ; mais celui-ci est éphémère. L'étincelage est fait à plusieurs reprises. L'ulcération cicatrise et il ne reste plus dans un sillon qu'un minuscule noyau qui ne bouge plus (Obs. 130).

Un autre, sein brûlé par application prolongée de rayons X, présente un mamelonnage irrégulier et tout autour des noyaux disséminés comme des noix ; un de ceux-ci est de la grosseur d'une mandarine. Plusieurs séances d'étincelage ; mais le traitement est interrompu en raison d'une atteinte de rhumatisme. Le Dr Poulet (de Lyon) voit cette malade et constate la disparition de petits noyaux ; ceux qui restent paraissent avoir peu de tendance à progresser.

Il avait été traité deux cancers de la peau ; je veux dire par là, partis de la peau, car au moment où ils ont subi la première application, les ravages allaient déjà très loin.

Un de ces cancers, développés dans la région malaire droite, avait été déjà attaqué deux fois par le bistouri, qui avait enlevé successivement les téguments, l'œil droit et une portion de l'apophyse malaire. Une quatrième récidive, un moment améliorée par les rayons X, reprend de plus belle. Deux applications de l'étincelle, suivies d'un

simple curettage, permettent d'obtenir un résultat inattendu (n° 52 de nos Obs.).

Un autre épithélioma à marche rapide, récidivé après rayons X, est rapidement cicatrisé. Malheureusement, le malade meurt quelque temps après par embolie.

L'utérus offrait deux cas.

Dans le premier, il s'agissait d'un cancer du col végétant, avec utérus immobile. Une série d'applications de l'étincelle amène la cessation d'hémorragies jusque-là abondantes, et évide l'organe dont il ne reste pour ainsi dire que la coque (c'est l'expression du Dr Poulet). Le résultat se maintient pendant cinq mois ; et la malade meurt à ce moment, mais sans avoir jamais plus perdu de sang ni souffert.

La seconde malade, alitée depuis deux mois, offrait le tableau suivant : utérus bourgeonnant et immobile au milieu de ligaments larges infiltrés, hémorragies, cachexie jaune paille, douleurs incessantes nécessitant l'emploi de la morphine, troubles vésicaux intenses. La malade refusant le chloroforme, il est procédé à des applications de l'étincelle.

Dès la première intervention, les douleurs et les hémorragies disparaissent. La malade peut recommencer à marcher. Localement, le col a été évidé comme par un émiettage, mais conserve sa coque indurée. La vessie et le rectum fonctionnent bien.

Or, cette malade, qui, suivant toute apparence, n'avait plus que quelques semaines à vivre, se maintenait ainsi sans changement notable depuis six mois, lorsqu'une attaque de grippe l'emporta.

Les cancers de la langue ou de la bouche au nombre de 4 se sont terminés par la mort.

Le premier malade, chez qui le cancer, parti de la langue, avait envahi les piliers du voile du palais, toute l'arrière-gorge et perforé la joue, est mort de pneumonie par déglutition.

Chez le second, le cancer occupait le bord droit de la langue et la région tonsillaire. Ce malheureux s'est suicidé, quoique plusieurs séances d'étincelage eussent amené un assouplissement notable des parties indurées et qu'il ait pu reprendre son travail.

Le troisième cas, un cancer de la base de la langue occupant la région glosso-épiglottique, mourut après avoir subi un certain bien-être ; et le quatrième malade, une récidive d'un cancer de la langue, disparut.

Évidemment, c'est là une série noire ; mais aussi quelles lésions épouvantables !

Un cancer du larynx avec noyaux sus-hyoïdiens fut seulement amélioré.

Le dernier cas relaté par l'auteur est particulièrement intéressant pour le lecteur qui le comparera avec un autre cas, relaté plus loin (Obs. 106). C'est celui d'un volumineux sarcome du cou, qu'avait conduit le Dr Poulet : la tumeur ulcérée se développait rapidement, accompagnée d'hémorragies et de vives douleurs. La fulguration amène la cessation des hémorrhagies et des douleurs, l'élimination en masse d'une partie de la tumeur laissant au fond la carotide mise à nu, « disséquée comme par une main visible », suivant l'expression du Dr Brun, chirugien des hôpitaux. Néanmoins la tumeur, incomplètement détruite, repoussa et finit par emporter le malade.

A cet ensemble de cas, qui font l'objet de la communication de l'auteur à Milan, succéda bientôt un cas des plus encourageants, qui fut l'objet d'une présentation au Comité médical des Bouches-du-Rhône, le 22 février 1907.

Il s'agit d'un cancer du rectum du volume d'un œuf et de consistance assez molle, occupant la région correspondant à la prostate, et faisant saillie dans la cavité de l'ampoule rectale, qui était apparu chez un homme de 63 ans.

L'extrémité supérieure ne pouvait pas être contournée par le doigt, en raison de sa hauteur. L'examen microscopique révéla la nature particulièrement maligne du mal (Adénome de la muqueuse intestinale dégénéré en épithélioma cylindrique à marche rapide).

Le 30 octobre 1906, étincelage et élimination par la curette sous chloroforme, sans hémorrhagie sérieuse. Une vingtaine de jours après, K. H. constate à la partie supérieure de la plaie un noyau qui semble avoir échappé aux investigations.

Un nouvel étincelage est pratiqué le 27 novembre, dépassant les limites de la lésion primitive, suivi d'un curettage qui ne détermine *aucune hémorrhagie*. Le malade quitte la Clinique au bout de quelques jours. Il est présenté quatre mois plus tard au Comité médical, en parfait état.

Ce malade est resté jusqu'à maintenant (1) en parfaite santé, soit pendant plus d'un an, ne souffrant plus et se livrant à son travail. Mais la surveillance étroite, à laquelle il est resté soumis, a permis de découvrir, en mai de cette année (1908), 2 petits noyaux indurés et suspects à la partie supérieure de la cicatrice fibreuse et linéaire, qui a remplacé la plaque cancéreuse. Comme on le verra plus loin, j'ai

(1) Présenté le 5 janvier 1908.

détruit par la curette ce noyau, que K. H. a étincelé ; et le malade se trouve aujourd'hui dans un excellent état, général et local.

Tel est le bilan de la méthode de K. H., de ce qu'on pourrait appeler la première période, celle des tâtonnements et des actions incomplètes. En effet, à ce moment et surtout dans les premiers cas, K. H. compte presque uniquement sur l'action électrique. La méthode, c'est essentiellement la projection de cette longue étincelle de haute tension et de haute fréquence sur la lésion, pendant 10, 15, 20 et même 40 minutes.

Une séance ne suffit-elle pas à détruire, à mortifier au moins une quantité notable de la tumeur maligne ; il la répète 2, 3, 4 fois, sous chloroforme le plus souvent, car cette action est douloureuse ; sans anesthésie même, si quelque circonstance rend celle-ci contre-indiquée. L'auteur, qui, rompu aux moyens d'électrothérapie, s'est essayé à l'emploi de la haute fréquence dans bien des affections superficielles, telles que lupus et petits cancroïdes de la peau, a dirigé ses étincelles sur les lésions cutanées de diverses natures qui s'offraient à sa pratique, et tout naturellement n'a été amené que beaucoup plus tard à la conception et à l'exécution d'un acte chirurgical notable. Aussi, longtemps, le bistouri ou la curette ne fait que favoriser l'élimination des masses néoplasiques mortifiées par l'étincelle, et débarrasser d'un coup l'organisme des masses qui tendaient à s'éliminer et l'épuisaient par une suppuration prolongée (mai 1906).

C'est à ce point que deux tumeurs du sein furent, non pas excisées, mais ouvertes, étincelées, et dans la suite des pansements, incomplètement énucléées. La cicatrisation se fit néanmoins contre toute attente ; et les matières complètement guéries depuis 2 ans sont une preuve vivante de l'efficacité des moyens mis en œuvre.

Mais déjà à ce moment et même avec cette thérapeutique, incomplète et hésitante, des résultats notables étaient constatés à l'actif de l'étincelle de haute fréquence, savoir :

L'action hémostatique. Des hémorrhagies utérines menaçantes étaient arrêtées pour longtemps ; et, après le curettage, tout tamponnement devenait inutile.

L'action analgésique. Elle est évidente dans l'Observation 49.

Une influence nettement bienfaisante, en tant que ralentissant l'évolution du cancer. Cette influence est évidente dans deux des cas cités plus haut (La vessie et le rectum fonctionnent mieux ; la malade peut se lever du lit où elle était clouée depuis deux mois, et se maintient pendant 6 mois, terme au bout duquel elle est emportée par la grippe) et dans l'Observation (qui est devenue le n° 49) où la malheu-

reuse femme profondément cachectisée, avec un sein ulcéré qui ne formait qu'une seule masse avec les ganglions qui remplissaient l'aisselle, se vit rendue à un état de santé complet.

Il ne semblait guère possible de douter, à voir ces résultats, surtout ceux obtenus dans les cas de tumeurs du rectum et du sein, que l'énergie électrique, sous cette modalité particulière, ne fut capable d'entamer la virulence du cancer lui-même et d'enrayer sa marche, au moins pour un temps.

D'autre part il apparaissait bien que l'organisme, une fois débarrassé de la masse néoplasique par un processus de nécrose, formait une réaction, dont une cicatrice de bon aloi était l'aboutissant normal et plusieurs fois constaté.

Aussi était-il rationnel de supposer, qu'une action opératoire plus franche offrirait ce double avantage, d'une part d'épargner au malade déjà cachectisé un effort d'élimination épuisant ; d'autre part de présenter à l'étincelle, au lieu du blindage néoplasique, une surface de tissus plus souples, où la réaction salutaire pourrait s'exercer plus activement.

Cette conception nouvelle trouva une sanction tout à fait encourageante dans plusieurs cas, où le Dr K. H. pût agir seul comme dans les Observations 26 et 112, mieux encore dans un cas de cancer très avancé du sein avec métastase dans la peau que M. le Pr Maurras, de l'Ecole coloniale, opéra très habilement et avec une compréhension très nette de la nouvelle chirurgie que réclamait la méthode.

Ce cas forme le n° 130 de mes observations. Depuis ce moment, les heureux et nombreux résultats, qui couronnèrent, sous mes yeux et entre mes mains, la coopération étroite, mais tout à fait spéciale, du bistouri et de la fulguration, vinrent prouver la justesse des déductions.

J'ai renoncé à classer les cas de mes malades suivant la sériation histologique, car l'évolution d'un cancer et sa signification pronostique ne dépendent pas seulement du type cellulaire dont il est formé.

Il me semble plus clinique de les grouper en les rattachant aux organes qui leur ont donné naissance : langue, muqueuse buccale, sein etc. : ce qui ne m'empêchera pas d'ailleurs de faire ressortir chemin faisant les caractéristiques de chaque cas, toutes les observations devant être suivies d'une note où seront résumées les particularités dignes d'être notées.

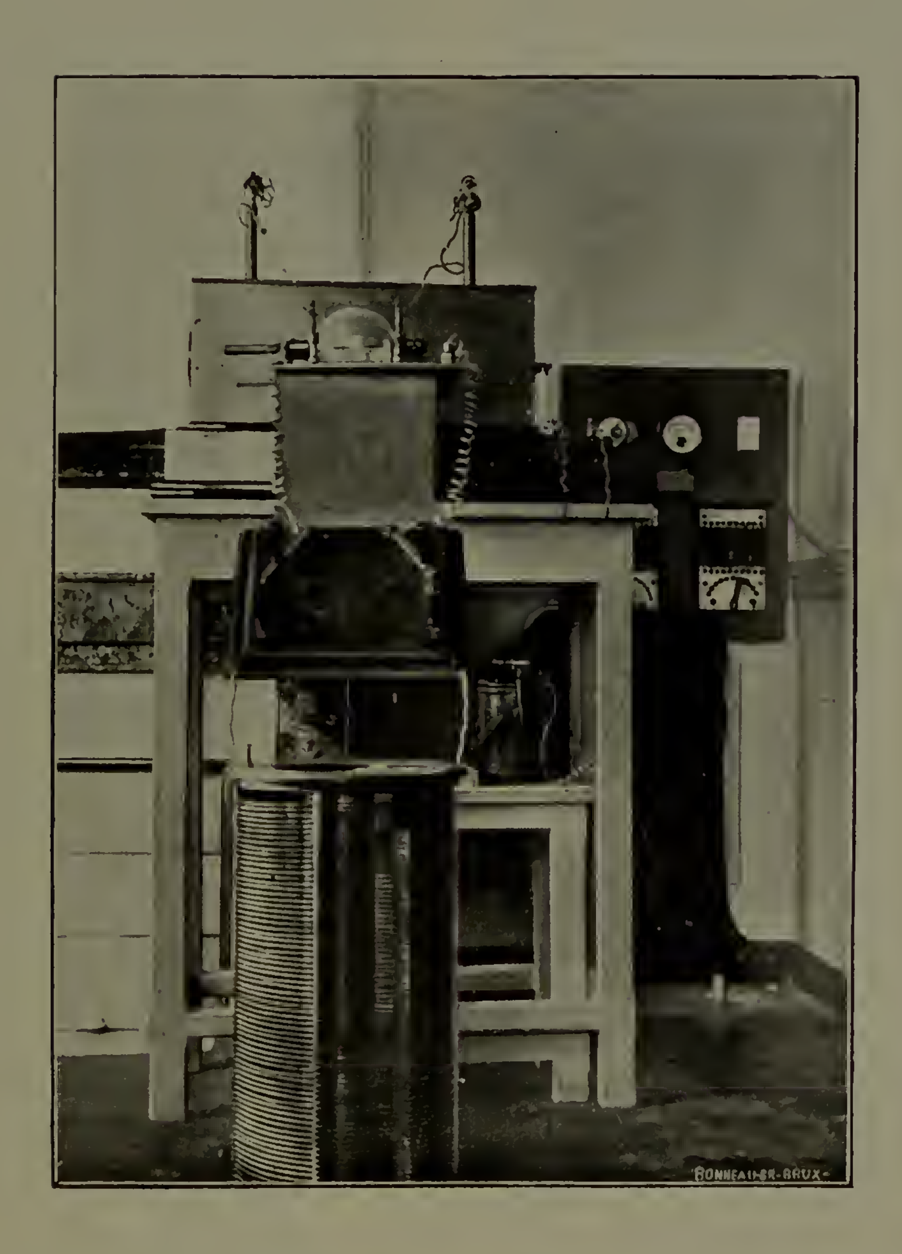


Fig. 1. — Photographie montrant le dispositif de l'appareil producteur de l'étincelle de haute fréquence et de haute tension employé. — Les électrodes n'y figurent pas.



Observation 26 (A). — Vue de face.



Observation 26 (B). — Vue de profil.



Observation 26 (C). — Etat actuel, 20 mois après l'intervention, A remarquer la reconstitution de la région.



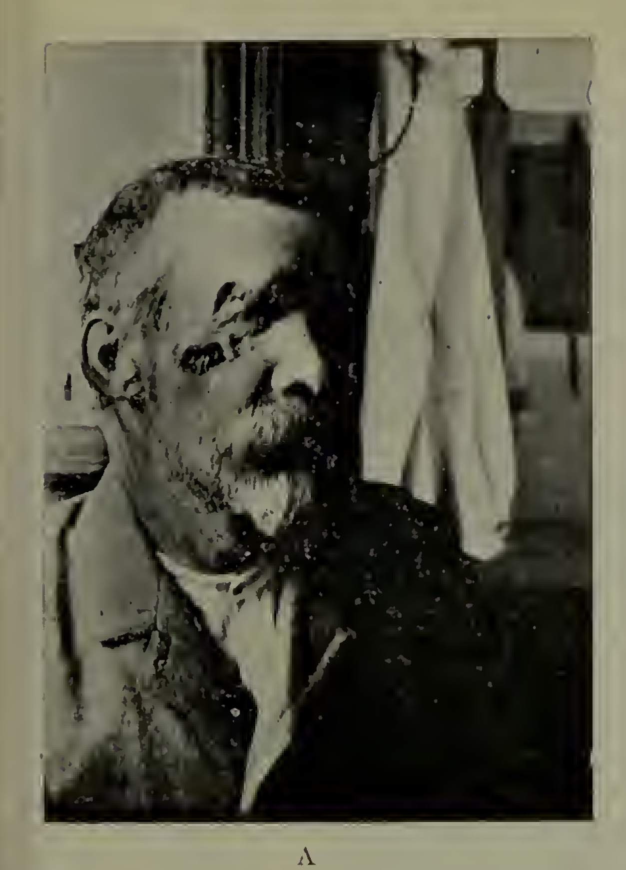
Fig. 2 à 4. — Observation 26.

Cancer formant une volumineuse tumeur, en forme d'aubergine, longue de 18 cent. — A côté, une large ulcération néoplasique entamant le squelette frontal. — Cas évidemment inopérable.



Fig. 5. — Observation 174.

Cancer du rocher et de la cavité crânienne Cette figure montre la cavité résultant de l'a tion au plus près des masses cancéreuses de la première intervention.



A

10 mois après la première fulguration : quelques nodules suspects ; – abondance de tissus fibreux.



B

4 jours après deuxième intervention par fulguration.



C

25 jours après.



D

7 semaines après. Toute la plaie est devenue une nappe de tissu fibreux.

Fig. 6 à 9. — OBSERVATION 52.

Cancer parti de la peau, traité en vain par la solution arsénicale ; extirpé par une opération chirurgicale pure, qui emporte en même temps une bonne partie de l'os malaire et l'œil. — Récidive pour la deuxième fois. — Fulguration en mai 1907. — Guérison.



Fig. 10. — Observation 136.

Cancer de la muqueuse buccale, ayant envahi toute l'épaisseur de la joue. La figure permet de se faire une idée de ce qu'était cette lésion.

ETUDE DES OBSERVATIONS.

I. — CRANE.

OBSERVATION 26.

(*Voir Fig.* 2, 3 et 4 ; *Obs.* 26 : *a*, *b*, *c*).

Cancer des téguments du crâne, avec envahissement et ulcération du squelette. — Cas inopérable. — Traitement par la méthode. — Cicatrisation. — Un an plus tard, énucléation et étincelage d'un petit noyau. — Actuellement, guérison et remarquable reconstitution de la région.

Femme, 60 ans.

A. H. Père mort à 75 ans de pneumonie. Mère à 70 d'une attaque d'apoplexie.

A. P. 7 enfants. Aucune infection.

Histoire de la maladie. — Il y a 20 ans apparaît sur la région frontale, au point même où s'est développée la tumeur actuelle, un kyste sébacé, qui fut opéré, il y a 9 ans, à l'hôpital de la Conception. Le kyste se reforme un an après.

Dans le courant de l'année 1906, la malade subit un coup assez violent qui éraille le kyste. C'est à partir de ce moment qu'a commencé à se développer la tumeur actuelle, qui dès lors marche rapidement.

En décembre 1906, elle se présente à l'Hôtel-Dieu, où le Dr Roux (de Brignolles), après avoir fait pratiquer un examen histologique d'un fragment prélevé à la tumeur, se refuse à l'opérer.

On parle à la malade des rayons X, tout en lui laissant entendre que le traitement sera très long.

La malade sort de l'Hôtel-Dieu et se présente dans le service du Dr Juge, qui la considère comme absolument inopérable et conseille à son médecin, le Dr Saïas, de l'adresser au Dr K. H., qui pourrait tenter son traitement électrique nouvellement imaginé. C'est ce qui est fait.

A ce moment, la région frontale est recouverte par une énorme masse charnue, comme grumeleuse, ulcérée, allongée sous la forme d'une aubergine, de 18 centimètres de long sur 4 centimètres de largeur, qui retombe jusqu'à recouvrir la racine du nez.

A droite de cette masse sessile, et sur une largeur de 7 à 8 centimètres, les téguments frontaux sont ravagés par une ulcération qui met à nu et intéresse même, dans sa table externe, une bonne partie de l'os frontal.

Opération le 5 janvier 1907, par le Dr K. H., assisté du Dr Saïas. Curettage de la grosse masse épithéliomateuse. Les bords de l'ulcération sont ébarbés aux ciseaux ; et la surface osseuse apparaît fortement ébréchée par places.

En deux mois, cette vaste surface se trouvait recouverte, au centre,

par un tissu fibreux de bon aloi, et dans la plus grande partie de son étendue par le cuir chevelu, appelé de loin par la rétraction cicatricielle.

Cette malade jouit depuis lors d'une santé parfaite.

Le 5 janvier 1907, elle est présentée à la commission spéciale, nommée par le Comité Médical des Bouches-du Rhône et aux Drs Benckiser et Krumm (de Karlsruhe), alors en voyage d'études á Marseille (1).

K. H. attira l'attention de l'assistance sur un nodule de récidive, de la grosseur d'une petite noisette, á la partie toute supérieure de la cicatrice.

Opération, le 12 février 1908. — Le Dr Juge cerne exactement le nodule par le bistouri. La plaie qui en résulte, longue de 4 centimètres et large de 1 centimètre, met l'os á nu. Celui-ci est légérement gratté.

Etincelage par K. H.

Le 25 février, la plaie complètement détergée de son escharre est couverte de bourgeons charnus du meilleur aspect, en voie rapide de cicatrisation. Celle-ci est complète 15 jours après.

Examen histologique. — « Nodule bien limité d'épithélioma pavi-
« menteux lobulé à grosses cellules dentelées.

« La coupe présente de la peau avec poils qui n'est pas le point
« d'origine de la tumeur. Celle-ci végète de la profondeur et refoule la
« peau ». (Pr Alezais).

Ce cas est le premier qui appela mon attention.

Il s'agissait d'une lésion que j'avais estimée et que j'estime encore comme tout à fait au-dessus des ressources de l'art opératoire ; et pourtant elle cicatrisa par une intervention, qui chirurgicalement était absurde. On n'a jamais obtenu la guérison, même pour un jour, d'un cancer, par la curette. C'est le plus sûr moyen de l'inoculer !

A remarquer sur la *Figure 4*, la rétraction centripète de la cicatrice qui fait que les cheveux recouvrent la plus grande partie de ce qui était l'ulcération cancéreuse.

A remarquer également les caractères de la récidive.

Celle-ci se produisit en un point situé au-dessus et en dehors de la limite de la première intervention. Elle se traîna torpidement, toujours limitée, comme privée de virulence. Elle fut extirpée au plus près et cicatrisa vite et bien.

(1) MM. Benckiser et Krumm ont publié le compte rendu de leur voyage d'études dans la *Deutsche medizinische Wochenschrifft* (n° 18 ; 1908).

Observation 174.

(*Voir Fig.* 5; *Obs.* 174).

Cancer du crâne (conduit auditif, rocher, cavité crânienne). — Récidive après extirpation chirurgicale pure. — Opération électro-chirurgicale. — Récidive. — 2me opération par la même méthode. — Nouvelle récidive. — Un mois après cette dernière intervention, hémiplégie, coma et mort.

Mme T..., 56 ans.

A. H. et A. P. peu importants.

Histoire de la maladie. — Au commencement de l'année 1907, apparition d'un furoncle (?), à la naissance du conduit auditif externe, qui suppure et saigne. Induration progressive de ce point, dont la véritable nature est méconnue. Quelques mois plus tard, cautérisation au nitrate d'argent, sur une petite ulcération qui persiste et grandit.

Vers le mois de décembre 1907, ablation de cette tumeur qui a beaucoup grossi et de tout le pavillon de l'oreille, par le Pr Imbert. L'extension de la lésion a nécessité la section du nerf facial.

Entrée à la clinique le 2 mai.

Etat actuel. — A ce moment, la région auriculaire est occupée par un bourgeonnement cancéreux, exubérant, plus large qu'une pièce de 5 francs qui émerge du crâne et dans laquelle, on distingue avec peine le conduit auditif.

Les mouvements de la mâchoire sont gênés et les douleurs si affreuses que la malade a tenté de se suicider.

Opération, le 4 mai. — Rapide étincelage par K. H., puis le Dr Juge cerne exactement par le bistouri la masse charnue et la détruit par la curette jusqu'à la rencontre de tissus apparemment sains. Mais l'instrument ne pénètre pas dans le conduit osseux.

Etincelage vigoureux par K. H.

Les jours suivants, pas d'hémorragie. Lymphorrée assez marquée le premier et le second jour.

Les douleurs se sont beaucoup atténuées.

Les bourgeons, de bonne apparence, poussent assez rapidement. Mais bientôt (3 semaines plus tard), des noyaux durs, moins rouges, apparaissent au milieu d'eux, paraissant surgir du fond de la plaie, c'est-à-dire du conduit. Il n'y a pas de doute, c'est de la récidive.

2me *Opération,* le 2 juin. — La curette détruit les bourgeons néoplasiques et pénètre sans effort dans la cavité crânienne et la substance cérébrale qui est envahie par le cancer.

Etincelage. — Drainage de la plaie crânienne.

Aucune complication septique ou paralytique. Dix jours après, la malade peut quitter la clinique et rentrer chez elle, où elle est régulièrement pansée.

Le bourgeonnement commence, mais avec lui la repullulation, partant toujours de la profondeur.

25 *juin*. — La malade fait une chute de son lit et tombe dans le coma avec hémiplégie gauche. Mort le 30 juin.

Examen histologique. — « Epithélioma pavimenteux lobulé. Toutes « les coupes sont formées d'un stroma jaune, dans lequel végètent d'in- « nombrables boyaux malpighiens, à cellules dentelées, avec globes « épidermiques. Pas d'organe reconnaissable ». (Pr Alezais).

Ce cas est un échec de la méthode. Mais à remarquer :

Qu'il s'agissait d'une récidive opératoire, que l'expérience nous a appris à considérer comme beaucoup plus grave et plus rebelle au traitement (Voir plus loin d'autres obs.) ;

Que l'instrument n'a certainement pas atteint les limites *macroscopiques* de la tumeur, chose que nous considérons, K. H. et moi, comme nécessaire dans un grand nombre de cas.

La repullulation immédiate de bourgeons cancéreux, bien avant une ébauche de cicatrisation, ce qui se comprend bien, étant donné le mode opératoire employé, mais ce qui donne, en revanche, une réelle valeur aux cas où nous avons obtenu une franche cicatrisation se maintenant depuis quelques mois, alors que le mode opératoire employé avait été tout aussi insuffisant.

L'absence d'infection aiguë, malgré que la curette septique ait pénétré dans le cerveau (A rapprocher d'autres observations rapportées plus loin).

II. — FACE.

Observation 52.

(*Voir Fig.* 6 à 9; *Obs.* 52 : *a*, *b*, *c*, *d*).

Cancer de la face ayant envahi le squelette. — Echec de la solution arsenicale, d'une large opération et des rayons X. — Cicatrisation après deux interventions électro-chirurgicales.

M. B..., 55 ans, boulanger à Camps (Var).

A. H. — Père mort à 50 ans de choléra. Mère morte à 75 ans de pneumonie.

A. P. — Bonne santé générale. Fièvre typhoïde à 2 ans.

Histoire de la maladie. — Il y a une quinzaine d'années, une petite tumeur, du volume d'un pois, apparut sur la joue, à la hauteur de l'angle externe de l'œil droit. Le malade consulte un docteur qui lui fait des injections hypodermiques sous le nodule (??); puis les Drs Gradelet et Gauthier (de Brignoles), appliquèrent sept ou huit fois le thermocautère sur cette petite tumeur qui avait à ce moment le volume d'une bille. Il se forma bientôt une ulcération qui grandit et envahit

les paupières inférieure et supérieure et une partie du front. Le Dr Reboul (de Brignoles) traita alors cette lésion par l'application de la solution arsenicale, mais sans aucun succès. C'est alors que le malade vint consulter le Dr Pantaloni, qui l'opéra. Le bistouri enleva une bonne partie des parties molles de la joue, l'œil droit et une portion de l'os malaire. Cela se passait en 1903. En 1905, le malade se soumet au traitement par les rayons X, qui dure environ 18 mois.

Les lésions paraissent alors près de se cicatriser, en même temps que les douleurs s'amendent.

Au commencement de 1907, on s'aperçoit que les lésions ont gagné en profondeur.

C'est alors que le malade est soumis à la fulguration (Mai 1907).

Après une incision destinée à donner du jour, fulguration et curettage par le Dr K. H.

Dans la suite deux séquestres assez volumineux s'éliminent.

La plaie bourgeonne rapidement, et bientôt le malade rentre chez lui, ne souffrant plus et jouissant d'un excellent état général.

Le 30 mars 1908, on note l'existence de 4 petits nodules suspects.

Le Dr Juge les extirpe et afin d'obtenir une plaie régulière, enlève avec eux les travées du tissu intermédiaire. On peut alors constater que la plupart de ces nodules et les travées étaient formés d'un *tissu fibreux abondant et serré.*

Un seul petit nid, gros comme une lentille, paraissait bien néoplasique.

Soumis à l'examen histologique, il donna le résultat suivant :

« Tout petit fragment contenant des boyaux atypiques de cellules « malpighiennes ; pas de globes épidermiques. Epithélioma pavimen- « teux tubulé ». (Pr Alezais).

Examen d'autres fragments :

« Epithélioma. Stroma fibreux, hyalin par endroits, assez épais. « Amas cellulaires sans globes épidermiques à cellules souvent vésicu- « leuses et tendant à se désagréger et formant des cavités pseudo-aci- « neuses ». (Pr Alezais.)

L'état de ce malade est actuellement excellent, et la cicatrisation est complète.

Voici un malade qui réalise bien l'histoire de ces épithéliomas de la face, à marche souvent lente, mais presque toujours fatale, quand on n'en a raison tout à fait au début.

L'intervention, cependant très large, pratiquée en 1903 par Pantaloni ayant été suivie de récidive étendue, il est clair que, seule, une opération devant emporter le tiers de la face avec bonne partie du squelette sous-jacent aurait pu donner quelque repit au malade. La radiothérapie elle-même, malgré ses 18 mois d'application, n'a donné qu'une amélioration assez peu sensible.

Or, la fulguration, combinée avec le *curettage* (moyen d'inoculation certain), a permis d'obtenir, en quelques semaines, la fermeture presque complète de la plaie. Elle a fait cesser les douleurs et rendu au malade un excellent état général.

Ici encore j'ai pu constater la surabondante production de tissu fibreux, qui avait remplacé l'ulcération cancéreuse.

Les nodules de récidive méritent à peine ce nom, car ils étaient insignifiants, très limités et sans tendance à la diffusion, évoluant torpidement.

L'examen histologique a montré chez eux cette prédominance du stroma fibreux, en même temps que des stigmates de dégénérescence cellulaire; c'est bien la structure des tumeurs à tendances atrophiques.

En un mot, sur toute cette place autrefois cancéreuse, il s'est produit une forte végétation fibreuse. Il est à remarquer que la première intervention, faite par de K. H. en mai 1907, s'était appuyée sur une chirurgie par trop insuffisante, que nous ne faisons plus aujourd'hui.

Observation 54.

(*Voir Fig.* 11 à 14 ; *Obs.* 54 : *a*, *b*, *c*, *d*).

Cancer de l'angle interne de l'œil, ayant envahi la cavité orbitaire toute entière jusqu'à la fente sphénoïdale et la masse latérale de l'ethmoïde. — Inopérable, — Echec des rayons X. — Cachexie de la malade. — Deux interventions par la méthode de la fulguration. — Cicatrisation. — Comblement de l'orbite par un bloc fibreux.

Mme L., 58 ans.

A. H. Père vivant, pas d'arthritisme.

Mère morte à 54 ans d'une maladie de foie mal caractérisée ; très arthritique.

A. P. Fièvre typhoïde à deux reprises. Rhumatisme articulaire tenace à l'âge de 25 ans ; depuis cette époque n'a fait aucune maladie sérieuse. 3 enfants vivants, bonne santé.

Histoire de la maladie. — En 1897, la malade qui avait l'habitude de porter constamment un lorgnon, constata une minuscule écorchure tout près de l'angle interne de l'œil. Cette petite plaie saignait souvent sous la pression du lorgnon.

La malade resta ainsi pendant 6 ou 7 ans, n'attachant aucune importance à cette petite lésion sur laquelle elle appliquait de la pommade à la résorcine, sans résultat d'ailleurs. Mais l'ulcération s'agrandissait gagnant les paupières, et le Dr Perrin (dermatologiste bien connu de Marseille) consulté à ce moment (avril 1904), déclara qu'il fallait immédiatement intervenir chirurgicalement craignant bien qu'il ne fût plus temps.

Le Dr Louge, chirurgien des hôpitaux, à qui on demande d'opérer s'y refuse, déclarant qu'en ami de la famille il ne veut pas prendre la responsabilité du grand délabrement qu'il y aurait lieu de faire.

C'est alors que le Dr Gallerand conseille à la malade de tenter avant toute opération la traitement par les rayons X. C'est à ce moment (mai 1904) que le malade vint consulter le Dr de K. H.

La lésion consistait en une ulcération de la largeur d'une pièce de 5 centimes couvrant l'angle interne de l'œil, et débordant sur le nez et sur les paupières.

Pendant 18 mois, la malade suit le traitement radiothérapique sans résultat appréciable.

Par moments l'ulcération disparaît sous une pellicule cicatricielle, puis celle-ci se crève laissant voie la plaie agrandie.

Au bout de 18 mois (novembre 1905), la malade va de nouveau voir le Dr Perrin qui l'adresse avec un mot au Dr Pantaloni. Celui-ci regrette que le traitement par les rayons X eût été aussi prolongé et déclare qu'il n'y a plus moyen d'opérer. Il indique en même temps à la famille que la maladie avait *tellement gagné en profondeur*, qu'une opération ne ferait qu'ajouter aux souffrances de la malade sans aucune utilité et qu'il n'y avait plus qu'à laisser mourir cette malheureuse.

La malade abandonnée de tous resta toute une année (1906) sans rien faire. Pendant ce temps l'ulcération s'étendait, les douleurs étaient survenues et la vision de l'œil droit se perdait rapidement. En janvier 1907 les douleurs vinrent plus aiguës et la vision complètement abolie.

En mars, les injections sous-cutanées de morphine furent commencées, et dès le début il en fut administré 4 centig. 1/2 par jour, dose qui fut peu à peu augmentée jusqu'à 50 centig. au mois d'août. A ce moment, (août 1907) l'état était le suivant : les 2 paupières étaient dévorées par les bourgeons cancéreux, l'œil réduit à un petit moignon, déjetté en dehors et un sillon profond se creuse entre lui et le nez.

Malgré l'avis des confrères consultés Drs Perrin, Dapeyrac, Esmieu qui tous conseillent l'abstention, le Dr Gallerand d'accord avec la famille, va demander au Dr de K. H. d'intervenir. Celui-ci opère le 7 septembre avec le concours du Dr Raynaut qui pratique l'énucléation de l'œil, du Dr Gallerand et de son fils interne des hôpitaux.

L'orbite fut évidé et trouvé envahi jusqu'à la fente sphénoïdale, le squelette de la paroi interne fut trouvé atteint. On fit l'opération en 2 temps, les fongosités de l'orbite furent évidées, le 7 septembre par le Dr Raynaut. Quant à l'extirpation de la portion osseuse envahie (masse latérale) de l'ethnoïde, elle fut exécutée le 28 décembre par le Dr Juge.

A chacune de ces séances le Dr de K. H. pratiqua la fulguration.

Immédiatement après la première intervention *les douleurs cessèrent* et la morphine fut supprimée. En trois mois la cavité orbitaire se remplit d'un bloc de tissu fibreux absolument sain. Celui-ci, au moment de la deuxième intervention et par précaution, fut fendu par le Dr Juge au moyen d'une incision transversale et reconnu de bonne nature.

Actuellement il n'existe plus qu'une toute petite fistulette aérienne à bords fibreux au siège de l'ancien canal lacrymo-nasal.

L'état général de cette dame est excellent; elle a augmenté de poids, a un teint de parfaite santé, est très active et ne souffre plus.

Examen histologique. — « La coupe offre dans toutes ses parties « l'aspect d'un bourgeon charnu, assez vasculaire, et dont certains points « sont fibreux.

« Les vaisseaux sont entourés d'une zone parfois nettement fibreuse « et d'épaisseur notable.

« Un certain nombre d'entre eux sont thrombosés par des cellules « grosses, atypiques, souvent polyédriques. Il s'agit là très probable- « ment de cellules épithéliales.

« D'ailleurs, quelques points de la coupe montrent en petit nombre « des nodules irréguliers, formées de ces cellules, étroitement unies « entre elles. Le centre de certains de ces nodules est creusée d'une petite « cavité due à la désintégration des cellules centrales. Enfin un point « de la coupe, présente quatre à cinq groupements de cellules d'aspect « épithélial, séparées par des tractus conjonctifs (aspect du cancer « alvéolaire). » (Le chef des travaux d'histologie pathologique, Dr Bricka).

Cet examen histologique a été fait sur des fragments prélevés lors de la deuxième intervention, par conséquent quatre mois après le premier étincelage.

C'est ce qui explique la constatation de tissu fibreux en formation et la désintégration des cellules épithéliales. Le lecteur verra plus loin que le même phénomène a été surpris sur le fait chez plusieurs autres malades, et qu'il constitue le mode de réaction habituel des tissus à la suite de l'étincelage. Cette question est traitée plus loin. Je tenais dès maintenant à faire ressortir ce fait constaté histologiquement.

Ce fait que j'ai tenu à rapporter en détail, se passe de commentaires. Il est clair que cette malade était perdue à brève échéance, au milieu de souffrances atroces. L'opinion des docteurs qui ont été consultés, ainsi que la description des lésions, suffit à le prouver.

J'appelle l'attention sur la puissance de prolifération cellulaire qui a suivi l'intervention chirurgico-électrique.

En effet, des parois de l'orbite a poussé une masse de bourgeons charnus, qui a fait place en trois mois à du tissu cicatriciel. Ce tissu, véritable bloc fibreux, a, par sa rétraction, abaissé le sourcil, tiré les téguments du nez et de la joue, au point de se recouvrir de peau et enfin a comblé si complètement la cavité orbitaire qu'il n'y aurait pas place actuellement pour un œil artificiel.

A noter expressément la disparition des douleurs dès la première fulguration. — Ce cas est fortement troublant et contraire à tout ce que mon expérience chirurgicale m'a appris.

J'ai la certitude qu'il constitue vraiment un fait nouveau, unique, dans les annales de la science.



A

8 jours après l'intervention ; on voit au fond la fente sphénoïdale. L'évidement montre juste les limites de la masse cancéreuse, moins l'infiltration ethmoïdale qui n'est pas encore curettée.



B

6 semaines après l'intervention.



C

4 mois après (la 2me intervention a eu lieu dans l'intervalle).



D

État actuel. Le petit trou est une fistule aérienne à bordure fibreuse.

Fig. 11 à 14. — OBSERVATION 54.

Cancer ayant envahi toute la cavité orbitaire jusqu'à la fente sphénoïdale et une bonne partie de la masse latérale de l'ethmoïde. — Malade ayant tout essayé et abandonnée. Cachexie. Douleurs atroces (0,50 centigr. morphine par jour). — Guérison.



A

Face. — Enorme cavité cancéreuse de la face. — Les figures montrent la lésion un an après la fulguration. Les parois sont en grande partie tapissées de tissu fibreux.



B

Profil. — Les bourgeons néoplasiques n'ont pas gagné sur les limites. On aperçoit sur le flanc du nez la section nette faite au bistouri un an auparavant.

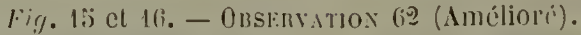


Fig. 15 et 16. — Observation 62 (Amélioré).



A

Avant l'intervention. — Cancer récidivé du maxillaire supérieur; le cas est un de ceux qui furent simplement améliorés.



B

3 mois après. — Le cancer n'a pas gagné la surface. On aperçoit même cicatrisé le petit lambeau de lèvre que j'ai conservé et qui ferme par en bas la cavité.

Fig. 17 et 18. — Observation 76 (Amélioré).



A. — Avant l'intervention.



B. — 4 jours après l'intervention.



C. — 13 jours après.



D. — 56 jours après. — A remarquer la parfaite reconstitution de la partie.

Fig. 19 à 22. — Observation 148.

Cancer exubérant et ulcéré de la face, ayant détruit l'apoph. montante du max. sup^{r} et l'os propre du nez.



A. — 48 heures après l'intervention. — Celle-ci a été limitée exactement aux parties malades; l'évidement ci-dessus en représente donc assez exactement les limites.



B. — 2 mois après. — On remarquera le trou à l'emporte pièce avec bourrelet linéaire au milieu d'un tissu de cicatrice.

Fig. 23 et 24. — Observation 128.

Cancer térébrant, ayant envahi profondément le squelette, l'angle de l'œil et la conjonctive.



A. — Avant l'intervention.



B. — Après l'intervention. — On remarquera l'absence de toute mutilation et la cicatrice à peine visible.

Fig. 25 et 26. — Observation 166.

Epithélioma de la face. — Récidivé 3 fois après opérations chirurgicales pures.

Observation 128.

(*Voir Fig.* 23 et 24 ; *Obs.* 128 : *a*, *b*).

Cancer ulcéré de l'angle interne des paupières et de la conjonctive et de la région correspondante de la face latérale du nez, avec envahissement du squelette sous-jacent. — Echec des rayons X. — Traitement par la méthode. — Cicatrisation.

M. F..., Saint-Cyr (Var).

A. H. Père et mère morts de sénilité, 84 ans.

A. P. Aucune maladie sérieuse, seulement quelques troubles vésicaux survenus après un refroidissement dans le Monténégro (?) Ictère fugace à la même époque.

Histoire de la maladie. — Depuis 20 ans en 1890, le malade constata à l'angle interne de l'œil gauche une petite verrue noirâtre qui persista pendant quelques années sans progresser. Pourtant à la suite du heurt par une branche, cette petite tumeur saigna un peu. Ces petites hémorrhagies se répétaient quelquefois lorsque le malade faisait sa toilette. Petit à petit cette tumeur augmenta.

En 1904, elle était large comme une pièce de 0 fr. 50. C'est à ce moment qu'elle commença à se creuser.

Un docteur consulté à la fin de cette année, estimait qu'on pouvait y loger un pois et conseilla le traitement par la pâte arsenicale qui ne fut pas fait.

Enfin, vers le milieu de 1906, le Dr Villard (de Marseille) l'adressa au Dr Darcourt à fin de radiothérapie.

Il fut fait de 30 à 40 séances de ce traitement répétées tous les jours pendant une semaine puis de 8 jours en 8 jours.

Mais bientôt le malade qui était rentré à Saint-Cyr ne revient que tous les 15 jours et même tous les mois.

Chaque séance amenait un soulagement pour 4 ou 5 jours. Les douleurs reprenaient ensuite très vives. Pendant ce temps l'ulcération ne cessait de grandir. C'est alors que le Dr Darcourt adressa le malade au Dr K. H.

Etat au 30 *décembre.* — Au niveau de la commissure palpébrale droite existe une ulcération à bords calleux et indurés à fond saignant et bourgeonnant qui a dévoré les bords palpébraux internes, les téguments du nez voisins, le bord inférieur du sourcil. Les bourgeons cancéreux recouvrent la conjonctive oculaire dans toute sa moitié interne et déborde sur la cornée. Le stylet fait sentir des portions d'os malades dans la région du canal nasal préalable.

Opération, le 30 décembre. — Après étincelage, le Dr Juge cerne au bistouri et au plus près, les bords de la lésion et détruit par la curette les bourgeons néoplasiques.

A ce moment il s'aperçoit que le squelette est profondément envahi :

apophyse montante du maxillaire supérieur, os unguis et même une portion de la masse latérale de l'ethmoïde.

Ces portions osseuses infiltrées de cancer sont détruites par la curette. Etincelage de 10 minutes par le Dr de K. H. Quelques jours après élimination de l'escharre, la cornée qu'on avait cru pouvoir conserver s'est opacifiée.

Le 15 janvier. — La plaie est recouverte d'une couche de bourgeons charnus, d'un beau rose, qui donne une sensation onctueuse au toucher. La plaie s'est beaucoup rétrécie.

25 janvier. — Il ne reste plus qu'une surface bourgeonnante, large comme un pois et parfaitement souple. Les douleurs ont cessé de suite après l'opération et le malade en excellent état général sort de la clinique.

2 juillet. — Le malade revient nous voir, sa santé n'a pas faibli. Localement la cicatrisation est parfaite et la rétraction centripète a si bien attiré les téguments environnants que l'ancienne ulcération cancéreuse se trouve presque complètement recouverte de peau. C'est une cicatrice magnifique.

Examen histologique. — « Epitheliome tubulé envahissant les cou- « ches profondes. Réaction conjonctive assez intense ». (Dr Viel).

Ce cas est remarquable :

1° Par la suppression immédiate des douleurs après l'opération;

2° Par la gravité de la lésion térébrante d'une part, et, d'autre part, par l'insuffisance certaine, je dirai même par le caractère éminemment inoculent de l'action chirurgicale, qui lui a été opposée, car les bourgeons cancéreux qu'ils aient pénétré les os et les parties molles, ou recouvert la conjonctive, ont été détruits simplement par la curette;

3° Par la rapidité et la force de l'action cicatrisante qui a remplacé en quelques semaines une lésion cancéreuse, destructive et infiltrante, la perte de substance qui est résultée de son évidement et, dans une région à paroi rigide, par une cicatrice satisfaisante.

Observation 148.

(*Voir Fig.* 19 à 22; *Obs.* 148 : *a*, *b*, *c*, *d*).

Cancer étendu de la face avec envahissement du squelette sous-jacent. — Echec des applications arsenicales. — Traitement par la méthode. — Cicatrice parfaite.

Mme R..., 65 ans, Saint-André (banlieue Marseille).

A. H. Parents morts très vieux, 88 et 84 ans.

A. P. Fièvre typhoïde dans sa jeunesse, 3 enfants bien portants.

Histoire de la maladie. — En 1893, une petite tumeur apparaît au milieu de la joue. C'est d'abord gros comme une lentille, puis comme une cerise qui reste longtemps.

Vers 1904 ulcération et suintement, application à ce moment de cataplasmes chauds, grossissement rapide. Le Dr Perrin, dermatologiste, consulté (1906), traite cette lésion par des applications de la solution arsenicale. Ulcération avec tendance à se cicatriser et la malade se croit guérie. Mais il n'en est rien, et en 1907, la tumeur ulcérée subit une poussée et grandie dès lors rapidement, s'accompagnant de vives douleurs par moments. Entrée à la clinique le 14 février.

Etat actuel. — Une vaste plaie à bourgeons exubérants et saignants, couvrent la plus grande partie de la joue. Elle s'étend en travers depuis l'arête du nez jusqu'à l'angle postérieur de l'os mallaire dans le sens vertical, depuis la lèvre supérieure jusqu'à la commissure palpébrale interne, qui est en partie dévorée. L'œil est compromis.

Les ganglions sous-maxillaires et carotidiens sont légèrement augmentés de volume. Opération, le 14 février; étincelage préalable. Le Dr Juge cerne au bistouri la tumeur ulcérée et s'attache à suivre servilement ses bords à 3 ou 4 millimètres d'écart. Toute cette masse circonscrite est enlevée au bistouri et à la curette. En profondeur, l'instrument ne dépasse pas les limites macroscopiques de la lésion.

C'est ainsi que bonnes parties de l'os propre du nez et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur dévorées par le cancer, sont curettées et évidées. On pénètre ainsi dans les fosses nasales.

Aucune hémorragie capillaire; quelques ligatures sur les artères; pansement à plat. Les jours suivants, surtout le 1er et le 2e jour les pansements sont traversés par l'écoulement lymphorréique.

La 2e photographie prise 4 jours après l'opération (voir *Fig.* 20), montre combien l'incision a suivi exactement les limites de la tumeur s'en écartant de quelques millimètres. A ce moment l'escharre était apparente sur la surface de la plaie. Dès le 20 février, la chute de l'escharre laissait apparaître la couche de bourgeons charnus d'un rose spécial et donnant au toucher la sensation valvétique si particulière.

La photographie prise le 25 février, soit 11 jours après l'opération, montre que la plaie est déjà rétrécie de moitié (*Fig.* 21). Le 9 mars (*Fig.* 22), soit 13 jours après le 24 mars, soit 28 jours après l'opération, on peut voir sur les photos le rétrécissement considérable et rapide de la couche bourgeonnante.

Le 22 avril, la malade revint se montrer. Deux mois se sont écoulés depuis le jour de l'exérèse. Tenant la place de cette volumineuse tumeur bourgeonnante et ulcérée et de la perte de substance que son extirpation a créée, on ne voit qu'une raie cicatricielle, sorte de coup d'ongle au-dessous de la paupière. Etat général parfait.

Examen histologique. — « Coupe contenant des fibres striées de l'é-
« pithélioma pavimenteux stratifié et de très nombreuses végétations
« de petites cellules cuboïdes à gros noyaux avec nombreux globes épi-
« dermiques dans un stroma conjonctif assez fibreux.

« Epithélioma pavimenteux lobulé ». (Pr Alezais).

Cette malade a particulièrement attiré l'attention de M. le Pr Léopold (de Dresde), en voyage d'études à Marseille, qui la mentionne dans son Rapport.

A voir la série des *Figures* 19 à 22, on ne peut pas se défendre de l'impression que la fulguration constitue un élément de haute valeur dans le traitement du cancer.

J'appelle l'attention sur les points suivants :

1° Gravité de la lésion en étendue, en profondeur, et comme marche dans les derniers temps. Aucune opération n'aurait pu donner le moindre résultat sérieux.

2° L'exérèse qui a été pratiquée a suivi servilement et au plus près les bords de l'induration (voir *Figure* 20). C'est là une chirurgie ridiculement insuffisante et même dangereuse au point de vue de l'inoculation, qui ne peut pas invoquer à son actif seul la guérison de la malade.

3° La puissance de la cicatrisation comparable à telle de l'Obs. n° 54.

4° Enfin le résultat esthétique inattendu.

Observation 58.

(*Voir Fig.* 27 à 30; *Obs.* 58 : *a*, *b*, *c*, *d*).

Cancer étendu du nez et des paupières. — Curettage. — Etincelage. — Guérison.

Mlle L..., 82 ans.

A. P. Bonne santé générale. Il y a 4 ans, hernie étranglée opérée par le Dr Juge.

Histoire de la maladie. — Il y a 6 ans, bouton dans la région sous-oculaire droite qui s'étend vers le nez et l'angle interne de l'œil

En janvier 1907 le Dr Pujol l'adresse au Dr K. H. C'est à ce moment qu'un épithélioma végétant assez volumineux, non encore ulcéré. La malade refuse toute opération. En mai, la tumeur a sensiblement grossi, a envahi l'angle interne de l'œil, les paupières supérieure et inférieure et s'est ulcérée (*Fig.* 27).

Opération le 3 juin 1907, par les Drs K. H. et Pujol. Simple curettage précédé et suivi d'étincelage.

Suites ordinaires. Sortie de la clinique au bout de 20 jours. Cicatrisation complète et aussi esthétique que possible, avec fort peu de rétraction (voir la série des *Figures* 27 à 30). Depuis on a pu l'opérer de la cataracte.

Ce cas est intéressant :

1° Par l'étendue et le siège de la lésion qui la rendait très difficilement opérable ;

2° Par l'insuffisance de l'action chirurgicale;
3° Par l'excellence et le caractère esthétique de la guérison;
4° Par la stabilité de celle-ci (15 mois).

Observation 62.

(*Voir Fig.* 15 à 16; *Obs.* 62 : *a*, *b*).

Vaste caverne cancéreuse, ayant dévoré moitié de la face. — 2 Fulgurations. — Amélioration.

M. G..., 68 ans, cultivateur.

A. H. Père et mère morts de sénilité.

A. P. Aucune amélioration sérieuse.

Histoire de la maladie. — Il y a 15 ans G..., constate à la joue gauche la présence d'un bouton gros comme une lentille. Plusieurs médecins consultés rassurent le malade; cependant celui-ci commençait déjà à souffrir. A diverses reprises des cautérisations chimiques eurent raison de cette petite tumeur; mais celle-ci se reproduisait sans cesse, sans, d'ailleurs beaucoup grossir. En 1897, le malade va consulter un empirique qui lui applique un caustique quelconque : aucun résultat. Peu à peu la tumeur augmente, s'ulcère et la joue est ravagée. Ce malheureux souffrant toujours s'adresse à la Clinique en juillet 1907.

État actuel. — L'examen de la photo donnera mieux qu'une description, une idée approchante de cette atroce lésion. Joue, massif osseux de la face à gauche, orbite, ne formait plus qu'un trou béant où se logerait un poing d'adolescent. Cette vaste cavité est tapissée de bourgeons cancéreux.

Opération, en juillet 1907. — Opération chirurgicale et fulguration sont pratiquées par le Dr K. H.

Les douleurs du malade sont apaisées. Aussi celui-ci rentre-t-il chez lui, la face recouverte d'un pansement.

Le Dr Juge revoit ce malade quelques mois plus tard, et constate l'état de choses suivant : durant la seconde intervention qu'il entreprend le 6 décembre, une grande partie de la surface de cette cavité apparaît comme cicatrisée. Maints nodules indurés suspects de cancer sont détruits par la curette, et trouvés pour la plupart comme fibrosés et non néoplasiques. Le bistouri et la curette détruisent seulement quelques bourgeons épithéliaux sur le dos du nez, près de l'angle interne de l'œil droit. De même sur la voûte de l'orbite. En ce point là l'os est ramolli et la curette pénètre jusqu'à la dure-mère.

Fulguration générale, par le Dr K. H.

Le malade sort une quinzaine de jours après de la Clinique dans un état somme toute, satisfaisant. Nous avons appris depuis qu'il se livre aux travaux des champs.

Examen histologique. — « Nombreux boyaux malpighiens anasto-
« mosés, sans globes épidermiques. Stroma conjonctif avec fibres con-

« jonctives assez peu abondantes. Le début de l'épithélioma semble en « certains points se faire aux dépens des glandes en grappe de la « peau ». (Pr Alezais).

Évidemment, il s'agit en l'espèce d'un de ces cancers térébrants à marche lente. Mais, avoir pris ce malade, sa vaste plaie tapissée de bourgeons cancéreux, et avoir, par une action à la curette qui devait être plus nocive qu'utile et deux séances de fulguration, remplacé ces bourgeons par des productions fibreuses, presque de la cicatrisation, c'est un effet thérapeutique heureux, et vraiment un fait nouveau dans la science. Cette *fibrose* sous forme de nappe s'est encore observée dans les cas suivants intéressant la face : 52, 54, 137.

Observation 166.

(*Voir Fig.* 25 et 26; *Obs.* 166 : *a*, *b*).

Cancer de l'aile du nez et de la face récidivé trois fois. — Traitement par la Fulguration. — Cicatrisation.

M. G..., 58 ans, entrepreneur-maçon.

A. P. Rien à noter.

Histoire de la maladie. — Dès 18 ans (en 1890) une petite excroissance cornée est apparue au voisinage du sillon naso-génien gauche. En 1893 un médecin consulté conseille l'expectation tant que la tumeur n'est pas ulcérée. En 1901 l'excroissance a pris l'aspect d'un petit chou-fleur de 1 cent. de diamètre. Extirpation par le Dr Latil (d'Aix).

Récidive au bout de 5 ans.

Nouvelle opération du Dr Pantaloni en 1900. Guérison momentanée et récidive en 1904; puis évolution progressive jusqu'à l'état actuel. Le malade a fait plusieurs fois des cautérisations au chlorure de zinc. Entrée à la clinique le 24 mars 1908.

Il s'agit d'une tumeur bourgeonnante et ulcérée occupant le côté gauche du bord externe de l'aile du nez et une partie de la lèvre supérieure. Ganglions sous maxillaire peu marqués. Excision au plus près et fulguration (en présence des Drs Necker (de Vienne) et Rosenkrantz (de Berlin). Le 15 mai cicatrisation parfaite.

Malade vu par les MM. les Prs Léopold (de Dresde), John Berg et Dr Forsell (de Stockolm), ces derniers envoyés en mission officielle par le gouvernement suédois pour apprendre la méthode de la fulguration.

Cette lésion était évidemment opérable; mais il eût fallu créer une perte de substance assez étendue intéressant bonne partie des téguments du nez, de la lèvre supérieure, de la joue et même de la paupière inférieure.



A
Avant l'opération électro-chirurgicale.



B
Quelques jours après le curettage des bourgeons cancéreux et l'étincelage.

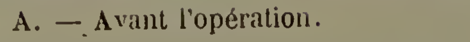


C



D
A remarquer la parfaite reconstitution de la région, sans aucune mutilation.

Fig. 27 à 30. — Observation 58.


A. — Avant l'opération.



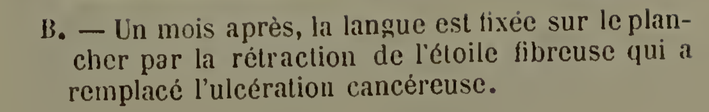

B. — Un mois après, la langue est fixée sur le plancher par la rétraction de l'étoile fibreuse qui a remplacé l'ulcération cancéreuse.

Fig. 31 et 32. — Observation 172. — **Cancer de la langue** (face inférieure et plancher de la bouche).

Au lieu de cela, il a été fait une exérèse très limitée et manifestement insuffisante, que tout chirurgien eût jugé condamnable. Puissance de cicatrisation qui permet d'obtenir en un mois et demi un résultat esthétique parfait.

III. — LANGUE.

Observation 66.

Cancer inopérable de la langue, du plancher de la bouche, des deux régions sous-maxillaires, et de la région parotidienne. — Intervention en deux temps. — Mort par angine de poitrine 3 jours après la seconde intervention.

M. B..., 60 ans.

A. P. Solide constitution, grand fumeur, arthritique, antécédents spécifiques.

Histoire de la maladie. — Il y a un an (1906) le malade commence à sentir une certaine gêne dans la langue qui semble peu à peu se fixer dans le plancher ; douleurs nulles. Impossibilité de faire cesser l'abus du tabac qui détermine les troubles du cœur avec syncope.

En juin, la langue se fixe de plus en plus. En même temps, fort engorgement ganglionnaire dans la région parotidienne droite et les deux régions sous maxillaires. Le sillon sub-lingual s'ulcère, le plancher se bâtit, c'est alors que le malade voit M. Gonthier de Laroche (de Toulon) et Cunéo (de Paris). Ce dernier s'oppose à toute intervention chirurgicale et déclare le malade perdu. Examen histologique fait à Toulon donne comme résultat, le diagnostic d'épithélioma à marche rapide.

Dans les premiers jours de septembre 1907, K. H. voit le malade. Les douleurs sont apparues depuis quelque temps et vont en s'exaspérant ; les ganglions augmentent de jour en jour.

Le Dr Poucel et le Dr Juge (Chirugiens des Hôpitaux de Marseille) consultés, déclarent le malade inopérable par la chirurgie seule.

Le 9 septembre opération : curettage sub-lingual fait par le Dr Juge avec l'aide des Drs Poucel, oncle et neveu et Gonthier de Laroche.

Fulguration par le Dr de K. H.

Les jours suivants, gonflement de la langue, élimination de fragments, de matières mortifiées, puis apparition d'un beau bourgeonnement rose ; langue libre et mobile ; *disparition complète des douleurs.*

En présence d'un résultat si encourageant, une intervention est pratiquée le 28 septembre à l'effet d'extirper les ganglions sous-maxillaires et parotidiens, qui ne forment qu'un seul bloc d'une dûreté ligneuse. L'opération pratiquée par le Dr Juge est longue et difficile ; mais elle se termine heureusement malgré les défaillances menaçantes du cœur.

Au réveil le pouls bat entre 130 et 140. Piqûre de spartéine, de strichine et sérum artificiel. Le malade passe une assez bonne journée, malgré quelques alertes.

Le lendemain après-midi alerte constante, le pouls est à 150 pulsations. La nuit suivante mort par syncope cardiaque.

La mort de ce malade ne saurait être imputée évidemment à la méthode; mais au point de vue qui nous occupe je dois faire remarquer :

1° La facilité du curettage du bloc sub-lingual, grâce aux reprises successives de la fulguration.

2° L'hémostase attribuable à la même cause.

3° La réaction habituelle et la magnifique végétation de bourgeons roses et souples, semblable à celle de nos plus beaux cas et qui faisait bien augurer du résultat.

De toute évidence le curettage, seul, de ce plancher cancéreux n'aurait pu donner qu'une poussée plus violente de la maladie.

4° Enfin et surtout la cessation des atroces douleurs, immédiatement après l'opération.

Observation 126.

Cancer de la langue. — Echec de la méthode.

M. D..., 49 ans (de Bargemont, Var).

A. H. Père mort à 60 ans, subitement.

Mère à 50 ans de pneumonie.

A. P. Impaludisme (campagne de Tunisie), assez fumeur, chicots dans la bouche du côté malade. Pharyngite chronique qui disparaît en 1907.

Histoire de la maladie. — En mai 1907, commence á souffrir de ce qu'il appelle un bouton sur la langue qui est cautérisé ? Le malade reste deux mois sans revoir son médecin. Au mois d'août, le Dr Claudal le voit et lui fait une trentaine d'injections sous-cutanées aux fesses, probablement mercurielles. Hémorrhagies fréquentes et abondantes. Le 18 octobre le malade vient consulter K. H., celui-ci constate le long du bord latéral gauche de la langue, une ulcération irrégulière, sanieuse, allongée, s'étendant d'un point situé á deux centimétres en arrière de la pointe jusqu'au pilier antérieur.

L'ulcération est supportée par une base indurée qui occupe toute l'épaisseur du bord de la langue et une partie du pilier. Un ganglion du volume d'une petite noix, siège dans la région carotidienne externe.

Etat général très mauvais, grande pâleur.

L'opération est exécutée par le Dr Juge, le 26 octobre 1907. Débridement de la joue par une incision horizontale, s'étendant jusqu'à la branche montante du maxillaire inférieur.

Ablation de la tumeur au ciseau et au bistouri qui travaillent au ras même des limites de l'induration.

Placement de quelques catguts en chaîne hémostatique.

Malgré cela hémorragie assez vive, arrêtée par pincement direct.

Fulguration par K. H.

Surjet après étincelage, fermeture de la joue au crin.

Le ganglion constaté n'est pas touché. Suites opératoires normales. Légère hémorrhagie linguale survenue 48 heures après l'opération et arrêtée par tamponnement.

15 jours après l'escharre se détache.

20 décembre, le malade sort de la clinique, la plaie presque cicatrisée excepté en un point à l'arrière de la langue.

Ganglions peu perceptibles.

Ce malade est revenu à la fin de janvier 1908, en pleine récidive manifestement partie du point non cicatrisé au moment de sa sortie de la clinique.

La langue est indurée dans toute sa partie avoisinant le sillon glosso-épiglottique. A cette hauteur même, on constate sur le bord de l'organe une sorte de fissure à bords indurés.

Nouvelle intervention, cette fois-ci en abordant la langue, par la voie sous-maxillaire et après ligature de la carotide externe, toute la moitié droite de l'organe jusqu'à l'épiglotte est enlevée et on peut constater que la base est prise.

Etincelage vigoureux. Le malade est rapporté dans son lit très faible. Trois jours après mort de pneumonie.

Examen histologique. « Epithélioma pavimenteux lobulé. Nombreux boyaux épithéliaux assez petits avec globes épidermiques, dans « un stroma jeune. Nombreuses coupes de faisceaux musculaires striés. »

Ce cas est un échec complet.

A quoi l'attribuer ? Peut-être à l'inefficacité de la méthode dans les cancers de la langue. Peut-être aussi à l'insuffisance de la première intervention chirurgicale et à l'omission de nodules importants, loin de notre zone d'action ; l'expérience nous ayant en effet enseigné l'importance de l'exploration post-opératoire. — L'avenir nous éclairera.

Observation 102.

Cancer de la langue. — Récidive après deux opérations chirurgicales pures. — Traitement par la méthode. — Echec.

M. B..., 48 ans.

A. H. Père mort accidentellement à 52 ans.

Mère morte de sénilité à 76 ans.

A. P. Aucune maladie notable. Gros fumeur.

Histoire de la maladie. — En mai 1907, s'est aperçu d'un bouton gros comme une tête d'épingle sur le côté droit de la langue, que le malade attribue à la pression d'un chicot, va consulter le Dr Fosse, qui conseille une intervention après qu'il eut constaté l'inefficacité des lavages de la bouche continués pendant un mois. Peu à peu les douleurs survenant et la langue s'œdématiant, l'alimentation devient pénible, aussi le malade se soumet-il à l'opération qui est pratiquée le 1er

juillet 1907, par le Dr Eynard, qui enlève sur le côté droit de la langue un croissant d'une dimension d'une pièce de deux francs.

Pendant 2 mois 1/2 le malade ressent une réelle amélioration. Le 21 septembre, il éprouve une douleur brusque, qui revient fréquemment et dès lors s'établit à demeure. Le Dr Fosse prescrit une nouvelle opération d'urgence qui est exécutée le 23. On enlève tout ce qui restait de la pointe de la langue et bonne partie du bord. Un ganglion qui aurait, paraît-il, été trouvé collé contre la carotide externe, est respecté.

Celui-ci augmente de volume et gêne le malade, la langue se collant contre le plancher de la bouche et redevenant douloureuse, le malade vient consulter le 3 octobre le Dr de K. H. Opération le 18. — Il est décidé par les Drs de K. H. et Juge, que l'intervention se ferait en deux temps.

On attaquera d'abord les lésions de la bouche, puis plus tard les groupes ganglionnaires. Débridement de la joue par une incision horizontale. Ecartement des mâchoires. La langue est fortement adhérente au plancher de la bouche. Celle-ci étant attirée en haut, le Dr Juge fait une incision sur l'organe, parallèle à la ligne médiane. Il enlève l'ulcération à bords indurés, soit au bistouri, à la curette, soit aux ciseaux ; il détruit le plancher de la bouche infiltré. Fulguration par le Dr K.H. Les jours suivants chute de l'escharre et formation de bourgeons roses au milieu desquels ne tardent pas à apparaître des points indurés. Vers le milieu de novembre le moignon de la langue paraît rétracté, appliqué sur le plancher de la bouche, qui est d'une induration ligneuse.

La récidive est manifeste. La cachexie ne tarde pas à arriver. Mort au commencement de janvier.

Ce cas est un échec. Il y a lieu de remarquer que le malade en était à la troisième récidive. Or l'expérience nous a montré que la récidive post-opératoire s'accompagnait d'infiltrations dangereuses et difficiles à traiter.

Observation 172.

(*Voir Fig.* 31 et 32 ; *Obs.* 172 : *a*, *b*).

Cancer du bord de la langue et du plancher de la bouche. — Traitement par la méthode. — Cicatrisation.

M. M..., 69 ans, liquoriste.

A. H. Nuls.

A. P. Alcoolisme. A pris dans sa jeunesse du K. I. quoiqu'on ne relève pas de symptômes de syphilis.

Histoire de la maladie. — Au commencement de février 1908 remarque d'une ulcération sur le bord droit de la langue, empiétant un peu sur la muqueuse sous-linguale, complètement indolente. Traitement spécifique énergique est fait pendant un mois sans résultats. Adressé à la clinique le 20 avril.



B

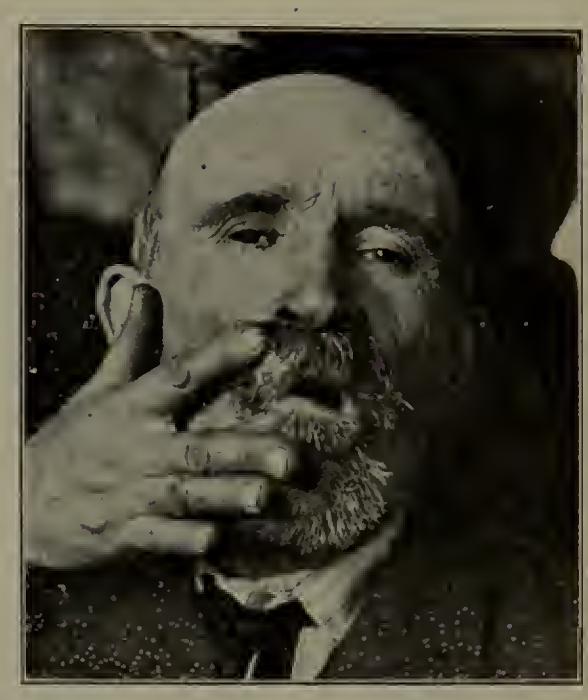
A

Fig. 33 et 34. — OBSERVATION 61.

Cancer de la lèvre inférieure. — On remarquera : 1° Que la lésion occupait plus de la moitié de la lèvre ; 2° La parfaite reconstitution de la partie, sans aucun délabrement ni autoplastie.



A. — Avant l'opération.



B. — 5 semaines après l'intervention : cicatrisation sans aucune mutilation.

Fig. 35 et 36. — Observation 112.
Cancer commissural des lèvres.



A. — Cette figure nous montre que le noyau était inclus dans la commissure.



B. — 2 mois après.

Fig. 37 et 38. — Observation 170.
Cancer de la muqueuse buccale, ayant envahi la commissure labiale (où il forme une tumeur grosse comme une noix verte), le rebord du max. inf^{r}, et le pilier antérieur du voile du palais.

Etat actuel 22 avril. — En effet, le malade ouvrant la bouche et la pointe de la langue fortement ramenée à gauche et en haut. On aperçoit (*Fig.* 31) une ulcération longue de 3 cent. haute d'environ 1 cent. 1/2 occupant l'extrémité antérieure du bord droit de la langue et empiétant fortement sur la muqueuse du plancher. Les bords en sont calleux et saignent facilement; la base en est indurée. Ganglions peu apparents.

24 avril. Opération par le Dr Juge.

Débridement de la joue. Excision au plus près, 3 millimètres au plus en dehors de la limite. Quelques pinces jetées sur des artères. Fulguration par le Dr de K. H. Fermeture de la joue au crin de Florence.

Les jours suivants, l'escharre légère se détache et les bourgeons apparaissent avec leur coloration rose spéciale.

10 juin. La plaie qui s'était rétrécie rapidement est complètement fermée. Une petite étoile fibreuse d'apparence absolument saine a remplacé l'ulcération cancéreuse :

Il s'agissait évidemment d'un cancer opérable par les méthodes chirurgicales ordinaires. — A remarquer :

1° La parcimonie de l'exérèse chirurgicale, telle que la repullulation eût dû être immédiate.

2° La perfection de la cicatrice, en rapport avec toutes celles que nous avons notées déjà.

3° L'absence de toute ablation ganglionnaire.

Cas récent, à tenir en observation.

IV. — LÈVRES.

Observation 64.

(*Voir Fig.* 33 et 34, *Obs.* 64 : *a*, *b*, *c*).

Cancer de la lèvre inférieure. — Traitement par la méthode. — Excellente cicatrice.

M. B..., 50 ans, cultivateur.

Père mort à 76 ans. Hydropisie.

Mère morte de vieillesse à 70 ans.

A. P. Rien de particulier à noter si ce n'est fumeur.

Histoire de la maladie. — Début par un petit bouton de la grosseur d'une tête d'épingle sur la lèvre inférieure, auquel le malade ne prit pas garde. En septembre 1907, tumeur ulcérée occupant en largeur plus de la moitié droite de la lèvre inférieure, en hauteur environ un 1/2 centimètre.

Opération, le 18 septembre 1907, par le Dr K. H.

Simple curettage de la lésion et fulguration.

Comme les photos le montrent, les progrès furent rapides et la cicatrisation parfaitement esthétique.

Ce cas était évidemment opérable par les moyens ordinaires, mais au prix de délabrements notables. — Remarques :

1° L'insuffisance flagrante et même le caractère éminemment inoculant de l'opération par la curette.

2° La perfection de la cicatrice.

Il n'a pas été touché aux ganglions.

Observation 112.

(*Voir Fig.* 35 et 36; *Obs.* : 112 : *a*, *b*).

Cancer de la commissure des lèvres. — Traitement par la méthode. — Guérison.

M. L..., 55 ans, cultivateur.

Histoire de la maladie. — Début par une inflammation de la commissure droite des lèvres, que le malade attribue à la saillie d'une dent cariée qu'il fit arracher en septembre 1907. L'ulcération ne cicatrisa pas puis en novembre poussée nouvelle. Au commencement de décembre 1907 (voir *Fig.* 35), la lésion était la suivante. Le malade ouvrant la bouche et les lèvres étant déplissées, on aperçoit une ulcération à bords indurés, à fond saignotant, sur laquelle on remarque deux nodules particulièrement saillants. En hauteur, la tumeur infiltre surtout la lèvre supérieure (environ 1 cent. 1/2). Ganglions peu apparents.

Opération le 7 décembre, par le Dr de K. H.

Simple curetage et fulguration.

Un mois après, guérison parfaite. Il n'est pas touché aux régions ganglionnaires.

Examen histologique : « Epithéliome pavimenteux lobulé de la lèvre. « Ulcération. Inflammation des tissus. » (Prof. Alezais).

Ce cas était parfaitement opérable par les moyens chirurgicaux ordinaires. — Mais à remarquer là encore :

L'insuffisance notoire de l'action chirurgicale et pourtant l'excellence et la rapidité du résultat.

Observation 160.

(*Voir Fig.* 39 à 41 ; *Obs.* 160 : *a*, *b*, *c*).

Cancer étendu de la lèvre inférieure. — Résultat parfait. — Guérison.

M. A..., 56 ans. Tailleur de pierres.

A. H. Père mort à 55 ans de pneumonie.

Mère morte à 80 ans de sénilité.

A. P. Variole à 24 ans. Pneumonie double il y a 4 ans. Gros fumeur.

Histoire de la maladie. — En septembre 1907, est apparue au milieu de la commissure labiale gauche, au point où le malade laissait reposer habituellement la cigarette, une ulcération indolente. En 2 mois celle ci a grandi considérablement et les douleurs sont survenues, empêchant le patient de dormir. En février 1908, le Dr Pons chef de clinique, consulté, déclare le cas inopérable avec quelque chance de succès durable. Entré à la clinique le 4 mars 1908.

A ce moment, l'état est le suivant : la lèvre inférieure toute entière jusqu'à un centimètre au-dessus du menton et latéralement jusqu'à 2 centimètres en dehors des commissures, est occupée par un bourgeonnement exhubérant et saignant au moindre contact, d'où s'écoule un suintement liquoreux et fétide. En dedans le cancer a envahi le repli gingivo-labial et ravagé le rebord gengival jusqu'à la racine des dents. Les ganglions sous-maxillaires et sus-hyoïdiens sont pris (Voir *Fig.* 160).

Malade cachectisé, s'alimentant à peine et souffrant beaucoup. L'intervention se fera en 2 fois ; portant d'abord, sur la lésion principale, plus tard sur les ganglions.

Opération, 6 mars 1908. Le Dr Juge cerne très exactement les bords de la tumeur, le bistouri ne s'en écartant pas plus de 2 à 3 millil. et en dessinant scrupuleusement le contour (voir *Fig.* 40). La gencive malade est ruginée. Fulguration intense par le Dr K. H.

Les jours suivants lymphorrhée très abondante qui traverse les pansements. Dès le lendemain de l'opération le malade *ne souffre plus*. L'escharre n'est tombée complètement que vers le 12e jour, et une couche de beaux bourgeons à coloration spéciale onctueux et velvetique au toucher. La plaie s'est rétrécie dès les premiers jours.

Le 10 avril le travail de rétraction de la plaie amène un résultat surprenant. Le maxillaire inférieur autrefois dénudé s'est comme cutanisé. Les téguments des joues et du menton tirés vers la plaie, ont recouvert la perte de substance presque toute entière. Une autoplastie capable de reconstituer la lèvre inférieure et le sillon gengivo-labial sera possible un jour.

15 avril. Opération sur les ganglions (Juge et K. H.). Deux groupes ganglionnaires sus-hyoïdiens sont apparents ; mais il s'est produit dans leur consistance des modifications remarquables. Autrefois, durs et prenant racine dans la profondeur, ils se sont ramollis, pointent au dehors comme le ferait une tumeur superficielle.

Opération en présence des Prs Queirel et Clarac (de Marseille) et Bourguet (de Toulouse).

Une simple incision est faite sur chaque groupe. Les ganglions sont ouverts, vidé de leur contenu caséiforme, et cureté ; leur coque est détachée des tissus environnants sans aucune difficulté par le doigt, grâce au plan de clivage que celui-ci se trouve et utilise comme dans de vulgaires ganglions tuberculeux. Fulguration énergique. Même pro-

cessus de formation et de détachement d'escharre, de poussée de bourgeonnement, et enfin de rétraction et de cicatrisation parfaite.

Le malade est actuellement en pleine santé.

Examen histologique. — « Epithélioma pavimenteux lobulé, avec « gros globes épidermiques. La coupe contient des acini glandulaires, « ressemblant à une glande salivaire séreuse ». (Pr Alezais).

Ce malade a été vu guéri par le Pr J. Berg et le Dr Forsell (de Stockholm), en voyage d'études à la Clinique, en mai.

Ce cas est des plus instructifs.

D'abord, comme résultat brutal, voilà un malade, qui avait été déclaré et qui, suivant toute vraisemblance, était en effet inopérable.

En admettant qu'on ait voulu l'opérer, il eût fallu emporter non seulement la lèvre inférieure, mais encore une bonne partie des joues, toute la partie antérieure de l'arc du maxillaire inférieur et la région sus-hyoïdienne : tout cela pour aboutir probablement à un échec thérapeutique, en admettant que le malade ait supporté l'opération ; ce qui était plus que douteux, étant donné son mauvais état général. Somme toute, ce malheureux paraissait bien au-dessus des ressources de l'art et n'avait plus qu'à mourir. Or, il est bel et bien vivant et bien portant.

Je fais remarquer, au contraire, l'insuffisance évidente de la première exérèse, où le bistouri a dessiné servilement, et au ras même de ses limites, la tumeur principale.

De plus, l'acte ganglionnaire a été exécuté de façon au moins anormale. En effet, cureter des ganglions cancéreux, cliver avec le doigt leur coque des tissus circumvoisins, attaquer groupe par groupe, négligeant les bandes de tissus, les séparant, est chose anormale.

En un mot, ces deux interventions : extirpation de la tumeur principale et opérations sur des ganglions, c'est de la chirurgie grotesque, absurde, disons le mot révolutionnaire.

3° A remarquer, dans ce cas particulièrement, la rétraction centripète des forces cicatricielles, l'incroyable puissance de reconstitution de la région après une telle lésion et une telle perte de substance.

4° A remarquer aussi la dégénérescence spéciale caséiforme, à tendance éliminatrice, des ganglions cancéreux, quand ils se sont trouvés dans la zone d'influence de la fulguration.

Notre expérience sur ce point nous avait permis d'annoncer d'avance cette modification aux confrères distingués qui se trouvaient présents à l'opération du 15 avril. A rapprocher, à ce point de vue, de la réaction ganglionnaire des Obs. 86 et 94.

V. — MUQUEUSE BUCCALE.

Observation 136.

(*Voir Fig.* 10 ; *Obs.* 136 : *a*).

Cancer de la joue droite ayant débuté par la muqueuse buccale et envahi la joue et la région sous-maxillaire et carotidienne.

M. G..., 50 ans, cultivateur.

A. H. — Parents morts à 70 et à 50 ans de cause inconnue.

A. P. — Aucune maladie sérieuse. Cinq enfants bien portants.

Histoire de la maladie. — A 40 ans, le sujet a été blessé par le rasoir d'un coiffeur au niveau de la commissure droite; la plaie ne s'est pas cicatrisée et s'est indurée (?). A ce moment-là, le malade accusait sous la lèvre inférieure, ce qu'il appelait une petite verrue indolore qui est restée stationnaire pendant cinq ans. Pendant ce temps, était survenu un abcès, probablement dentaire. En juillet 1906, le Dr Delmas (de Digne) a réséqué une partie de la lèvre inférieure au point d'implantation de cette verrue, qui avait grossi et s'était ulcérée. Récidive un an après, en 1907, au niveau d'un ganglion sous maxillaire et nouvelle intervention (avril 1907). Quatre mois après, nouvelle récidive ganglionnaire. Bientôt, la peau de la région sous-maxillaire s'ulcère (octobre 1907). A ce moment, le malade souffre sérieusement, et les douleurs devenant intolérables, il se décide à subir une nouvelle intervention et entre à la clinique le 3 février.

Etat actuel. — A ce moment, l'état est le suivant : Il existe une tumeur tomenteuse, à peau complètement adhérente et largement ulcérée, qui est limitée en haut par la partie inférieure de l'apophyse malaire, en bas par le rebord du maxillaire, en arrière par une ligne passant par l'apophyse coronoïde et s'étendant en avant dans le voisinage de la commissure.

Opération, le 5 février 1908.

Incision circulaire par laquelle le Dr Juge enlève tout le bloc cancéreux. La joue étant largement fendue, on s'aperçoit que la lésion a gagné le rebord du maxillaire, et même la partie antérieure de l'amygdale droite. L'os maxillaire est ruginé et les deux grosses molaires sont extraites. Il n'est pas touché aux ganglions de la loge sous-maxillaire ainsi qu'à quelques ganglions sus-claviculaires suspects de la grosseur d'une olive. Fermeture de la partie antérieure de la plaie par quelques points de suture.

24 *février*. — La plaie est complètement détergée; des bourgeons poussent, mais à la partie antérieure et supérieure, deux points apparaissent. La récidive commence.

Au commencement de mars, le malade est endormi et ses points suspects sont simplement curetés.

Quinze jours après, la région sous-maxillaire et carotidienne apparaît indurée. Une nouvelle intervention est décidée et pratiquée. Une incision horizontale le long du bord du maxillaire et une oblique le long du sterno-mastoïdien, ouvrent largement la loge sous-maxillaire et carotidienne. A ce moment, le Dr Juge remarque et fait remarquer aux assistants que les ganglions ont subi presque partout une dégénérescence caséiforme des plus nettes.

En même temps, ceux-ci reposent comme sur une véritable gaine lamelleuse et fibreuse, irrégulière d'ailleurs, qui forme plan en arrière des ganglions, les séparant des vaisseaux. Chaque nid ganglionnaire est cureté avec la plus grande facilité, comme si on travaillait sur des ganglions ramollis et détachables. Fulguration énergique par le Dr Juge. Large drainage.

Evolution normale. Absence de douleurs et bon aspect de la région. Malheureusement, ce malade fort affligé par les mutilations qu'il avait subies et qu'il croyait irrémédiables, s'échappa une nuit de la clinique et alla se jeter à la mer.

Examen histologique. — « Epithélioma pavimenteux lobulé, avec « nombreux boyaux épidermiques, à cellules grossièrement dentelées. « Ces boyaux sont souvent petits. Beaucoup contiennent des globes « épidermiques. Stroma formé de tissu conjonctif jaune ». (Pr Alezais).

Ce cas présente les particularités suivantes.

Il s'agissait d'un malade opéré déjà trois fois avant d'être traité par notre méthode et récidivant sous une forme particulièrement diffuse et grave. Dans ces cas, nous sommes porté à agir maintenant avec une instrumentation électrique plus puissante : ce qui nous eût évité peut-être de nouvelles reprises.

A signaler la dégénérescence caséeuse des ganglions, leur facile énucléabilité, et le plan fibreux profond sur lequel ils reposaient. Fait curieux, à rapprocher des Obs. 160, 86 et 94.

Observation 170.

(*Voir Fig.* 37 et 38 ; *Obs.* 170 : *a*, *b*).

Cancer étendu et inopérable de la joue gauche (muq. buccale). — Traitement par la méthode. — Guérison.

M. B..., 66 ans, cultivateur (aux Martigues, Bouches du-Rhône).

A. H. A. P. Rien de particulier.

Histoire de la maladie. — Il y a 4 ans, plaques de leucoplasie sur la muqueuse buccale gauche, qui se quadrillent de plus en plus et s'indurent. Evolution complètement indolente. Aussi le malade va-t-il consulter un médecin, le Dr Contencin (de Martigues), il y a deux semaines. Celui-ci l'adresse au Dr Aubert, chirurgien des hôpitaux de Marseille, qui ne le jugeant pas opérable avec quelque chance de succès, l'adresse à la clinique, au Dr de K. H.



A. — Avant l'opération.



B. — 4 jours après. — On remarquera que je me suis attaché à dessiner exactement les contours de la tumeur et au ras même de ses limites.

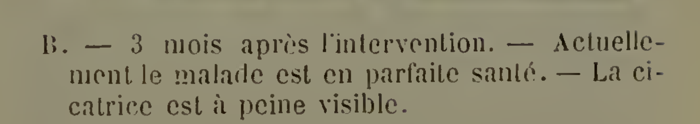


C. — 2 mois après. — A remarquer l'autoplastie spontanée qui a reconstitué la lèvre inférieure.

Fig. 39 à 41. — OBSERVATION 160.

Le cancer des lèvres que voici adhérait en outre à l'arc du maxillaire inférieur.

A. — Cette figure représente le malade en position inclinée (Position de Rose). — Une incision horizontale a fendu la joue. Une verticale a débridé la fistule sous-maxillaire. — Le cancer revêtait à peu près toutes les parois de la cavité muqueuse, qui est béante.



B. — 3 mois après l'intervention. — Actuellement le malade est en parfaite santé. — La cicatrice est à peine visible.

Fig. 42 et 43. — Observation 74.

Cancer ayant envahi toute la face interne de la joue gauche, l'angle et la partie la plus reculée de la branche horizontale du maxillaire inférieur, une partie du bord de la langue, et le pilier antérieur. — Fistule cancéreuse ayant crevé les parties molles au niveau de la région sous-maxillaire.

Entré à la clinique le 10 avril 1908.

Etat actuel du malade. — La tumeur principale et apparente occupe la commissure gauche et une étendue de la joue du volume d'une grosse noix. Mais le malade entr'ouvrant la bouche, on découvre que la dégénérescence cancéreuse, saillante, et hémorrhagique, a envahi bonne partie de la face interne de la joue, le pilier antérieur et le bord externe du voile et même une notable partie de la muqueuse, qui revêt la face interne du maxillaire inférieur au niveau des deux grosses molaires.

Opération, le 10 avril 1908. — Dr Juge, en présence du Pr *Léopold* (de Dresde).

L'hémostase préalable étant réalisée par deux grandes pinces de Doyen, le bistouri cerne la tumeur, ne s'écartant que de 3 ou 4 millim. des limites macroscopiques de celle-ci.

L'incision affecte donc la forme d'un triangle, dont la base est au niveau de la commissure, et dont le sommet très effilé arrive jusqu'au bord postérieur de la branche montante. Une incision tombe verticalement sur la principale au niveau de sa partie moyenne, arrivant jusqu'à la loge sous-maxillaire et l'ouvrant largement. Par cette large brèche et les mâchoires étant fortement écartées, soit au bistouri, soit au ciseau, il est enlevé tout le tissu manifestement et macroscopiquement malade, mais lui seul, suivant les principes de la méthode. Il n'est pas fait d'extirpation au loin; on ne s'occupe pas des zones d'infiltration microscopique. Quelques coups de rugine et de pince-gouge détruisent les portions superficielles du maxillaire infiltrées par le cancer, mais s'arrêtent exactement à la limite de l'os apparemment sain. *La loge sous-maxillaire ne contenant pas de ganglions volumineux n'est pas évidée.*

Fulguration énergique exécutée par le Dr K. H.

Rapprochement des bords de la plaie par quelques fils d'argent.

Ce malade a eu des suites opératoires très simples. La réunion s'est faite au point de rapprochement.

7 juillet 1908. Cicatrisation achevée, presque linéaire, fibreuse et absolument saine ; pas de ganglion ; état parfait du malade.

Examen histologique sur pièce remise le 15 avril. — « Le fragment « examiné est de l'épithélioma pavimenteux lobulé. De l'épithéliome « pavimenteux s'aperçoit avec nombreux prolongements irréguliers et « gros, s'enfonçant dans un stroma jeune. Dans l'un d'eux on voit net- « tement un globe épidermique. Hémorrhagies abondantes ». (Pr Alezais.)

Ce cas a été jugé et était en effet manifestement inopérable avec les ressources de la chirurgie pure.

L'exérèse chirurgicale a été manifestement insuffisante, car nous avons particulièrement tenu en ce cas, de K. H. et moi, et à titre de démonstration devant un assistant éminent, à ne pas dépasser les limites *macroscopiques* de la lésion.

Résultat excellent et déjà pourvu de valeur, quoique peu ancien ; car l'application d'une exérèse aussi notoirement insuffisante eût dû être suivie d'une repullulation immédiate.

A remarquer que les ganglions n'ont pas été touchés.

Observation 74.

(*Voir Fig.* 42 et 43 ; *Obs.* 74 : *a*, *b*).

Cancer très étendu de la bouche, avec ulcération soux-maxillaire. — Inopérable. — Traitement par la méthode. — Guérison.

M. A..., 70 ans, rentier.

A. M. Père mort à 50 ans, de pneumonie.

Mère à 80 ans, de paralysie (?).

A. P. Dès l'enfance mauvaise dentition.

Fumeur notable. En 1866, après extraction de nombreux chicots, placement d'un demi dentier en or et en caoutchouc sur le maxillaire inférieur. Il y a environ 10 ans, le dentiste constate le gonflement des gencives, déchaussement des dents et prescrit le badigeonnage à la teinture d'iode. Plus tard le malade absorbe de nombreuses pastilles de chlorate de potasse.

Histoire de la maladie. — Il y a 5 ou 6 ans constatation de leucoplasie buccale. Il y a 3 ans 1/2, c'est-à-dire en 1904, le docteur qui avait conseillé au malade de ne plus fumer, se déclare impuissant à le traiter, et lui conseille de voir un spécialiste.

De crainte d'une opération, le malade n'use que de moyens médicaux. Il supprime l'alcool, le tabac, et fait des applications d'un liquide caustique sur la lésion, qui se caractérisait à ce moment par une sorte de saillie ulcérée située à la face interne de la joue gauche. Ces applications étaient faites trois fois par semaine ou moins fréquemment suivant l'état d'exubérance des bourgeons. Gargarismes variés.

La mastication et la déglutition des aliments devint de plus en plus difficile ; le fonctionnement même de la langue était gêné. Cela se passait dans le courant de l'année 1907.

Enfin vers le 10 août de la même année, le malade s'aperçut de l'existence d'une tuméfaction de la joue, qui bientôt se ramollit et s'ulcère, laissant s'écouler un liquide saineux et parfois hémorrhagique.

C'est à ce moment que le malade vient consulter le Dr Juge. 1er octobre.

Etat actuel du malade.

Tuméfaction et induration occupant la face externe de la branche horizontale du maxillaire inférieur, et une partie de la joue située au dessous. Cette tuméfaction est très visible. A sa partie inférieure, à l'union de la joue et de la région sous-maxillaire, ulcération à bords indurés, par laquelle un stylet pénètre aisément jusqu'à l'os. Le malade entr'ouvre difficilement la bouche, néanmoins le doigt explorateur détermine

l'étendue de l'induration cancéreuse. Celle-ci occupe la face interne de la joue, le sillon gingivo-buccal, le rebord du maxillaire, siège encore de quelques chicots et même une partie de la face interne du maxillaire. Il est difficile de se rendre compte de l'état de la langue et des parties profondes.

État des ganglions. — Ceux-ci sont manifestement pris dans la région sous-maxillaire.

Operation, le 3 octobre (Dr Juge). — Incision et débridement allant jusqu'à la branche montante. Sur celle-ci et en son milieu, tombe une incision verticale qui passe par le trajet fistuleux jusqu'à la glande sous-maxillaire.

Fort écartement des mâchoires, la langue saisie par une pince à griffes est attirée en avant et á droite; une pince saisit chaque lambeau des lèvres les èrigne et les écarte (Voir photo. 74). A ce moment on peut se rendre compte de l'étendue de la lésion. Celle-ci a bien envahi, outre les régions désignées plus haut le bord de la langue, l'angle et même le pilier antérieur du voile du palais.

Ces masses cancéreuses sont extirpées par le Dr Juge, non pas en bloc, chose d'ailleurs irréalisable mais fragment par fragment sans crainte d'inoculation et à mesure que l'exploration les découvre.

Le creux sous-maxillaire est nettoyé; fulguration énergique par le Dr de K. H, quelques points de suture réunissent l'incision horizontale, large drainage par l'incision verticale.

Examen histologique. — « Épithélioma pavimenteux lobulé. « Les « boyaux épidermiques et typiques qui sillonnent la préparation sont « gros et contiennent des globes épidermiques. On les retrouve avec le « même caractère dans une coupe de ganglions. » (Pr Alezais).

Suites opératoires. — Elles ont été des plus simples, chute de l'escharre, bourgeonnement spécial.

L'activité de cicatrisation combla rapidement l'orifice de drainage et les pertes de substance intra-buccale :

Actuellement, c'est-à-dire après 11 mois, la guérison locale ne s'est pas démentie et l'état général est parfait. Il existe seulement un certain degré de constriction de la mâchoire dû à la rétraction cicatricielle.

Ce malade n'était absolument pas opérable, ou tout au moins, ne l'était qu'au prix des mutilations considérables, et sans espoir de résultat appréciable. Et pourtant il a actuellement toutes les apparences de guérison.

A remarquer : 1° le caractère éminemment parcimonieux et même nocif de l'intervention chirurgicale, extirpant au plus près par fragments et sans crainte de l'essaimage, les lésions cancéreuses, curettant ou ruginant simplement les surfaces osseuses atteintes.

2° L'infiltration microscopiquement démontrée des ganglions sous-maxillaires.

3° La valeur déjà appréciable du résultat au point de vue spécial de l'ancienneté et de la stabilité. En effet, ce cas remonte à 11 mois, et nul doute que la récidive ne se fut depuis longtemps produite étant donnés les caractères de l'acte opératoire sur lesquels j'ai déjà insisté plus haut.

Malade examiné par les Drs Benkiser et Krumn (de Karlsrühe) le 5 janvier 1908. Necker de (Vienne) et Rosen Krantz (de Berlin), en mars, Pr Léopold (de Dresde) en avril, Pr John Berg et Dr Forssel (de Stockholm) en mai. Ces messieurs ont tous pu constater la réalité de la guérison et l'ont mentionné dans leurs rapports particuliers.

VI. — **MAXILLAIRES.**

Observation 192.

Sarcome mélanique de la voûte palatine et du maxillaire supérieur gauche. — Intervention électro-chirurgicale. — Morte d'aortite.

Mlle S..., 69 ans, de Salies-du-Béarn.

A. H. Nuls.

A. P. Réglée à 14 ans. Ménopause à 50 ans. Fièvre typhoïde à 16 ans. Sujette à ce qu'elle appelle des poussées congestives à la face, dues sans doute à des lésions aortiques que nous constatons à l'heure actuelle.

Histoire de la maladie. — Il y a 2 ans, en un point de la voûte palatine à droite de la ligne médiane, sans doute irritée par un dentier, la malade ressentit une douleur persistante. Le dentier ayant été enlevé, elle constata la présence d'une petite plaie occasionnant une sensation de brûlure que la malade négligea.

En novembre 1907, les Drs Laffont et Davy (de Salis), constatèrent l'existence d'une ulcération de 2 cent. à peu près de longueur. Cautérisation au thermo-cautère.

Cette plaie ne se cicatrisa pas. Depuis un mois environ l'évolution a été très rapide.

État actuel. — La voûte palatine à gauche, surtout, est le siège d'une tumeur du volume d'une petite mandarine assez mollasse et friable, s'étendant en arrière jusque près de la luette. Cette tumeur est fongueuse et largement ulcérée. Sur la muqueuse, surtout près du rebord alvéolaire, existent des trainées très apparentes de mélanose. Cette arcade est d'ailleurs en partie détruite par l'exhubérance de la tumeur, qui soulève la lèvre supérieure, la joue, et a même envahi, comme on peut le voir par l'examen direct du nez, le plancher des fosses nasales jusqu'à la partie moyenne. Cette malade a été adressée au Dr K. H. par le Dr de Lostalot.

Opération le 15 mai 1908. — Opérateur Dr Juge. Assistants : Pr Berg et Dr Forssel (de Stockholm) (1).

Incision descendante le long du sillon naso-génien se recourbant sous la sous-cloison du nez et fendant verticalement la lèvre supérieure. Une autre incision fend la joue droite de la commissure jusqu'à la branche montante. Ce large lambeau est relevé, les mâchoires sont fortement écartées et la tumeur apparaît. Le bistouri incise sur la voûte palatine, sur le rebord gingival exactement à la limite de la tumeur et de la muqueuse restante. Même à droite la section porte en plein sur les travées de pigmentation. Tout ce qui est compris en dedans de cette circonvolution est effondré et détruit à la rugine, à la pince-gouge, et le plus souvent à la curette, en raison de la friabilité du squelette envahi. L'hémorrhagie est notable, mais s'arrête par tamponnement et la pression temporaire des carotides.

Fulguration énergique par le Dr de K. H.

Le lambeau cutané est suturé et la malade est ramenée dans son lit. *Il n'est pas procédé au tamponnement de cette vaste cavité.*

Cette malade eut des suites normales. L'escharre assez importante se détacha peu à peu, avec des parcelles osseuses, dans les 15 jours qui suivirent. Des bourgeons d'aspect magnifique, et *parfaitement souples* poussèrent, comblant rapidement la perte de substance. Malheureusement cette malade manifesta bientôt des symptômes cardiaques inquiétants (palpitations, arythmie, dypsnée) et malgré tous nos efforts succomba en 48 heures de crise.

Examen histologique. — « Au-dessous du chorion recouvert de l'épi-
« derme et refoulé par une poussée venant de la profondeur, on trouve
« des lobules séparés par du tissu conjonctif et contenant des cellules
« irrégulières à gros noyau ; quelques-unes à plusieurs noyaux (jusqu'à
« 4) ont souvent des vacuoles. Neo-vaisseaux embryonnaires, ou à
« parois minces, assez nombreux. Quelques hémorrhagies. Sarcome ». (Pr Alezais).

Cette mort accidentelle ne saurait évidemment être imputée à l'opération.

A remarquer :

1° La gravité particulière de cette lésion, qui a évolué dans les derniers temps avec une rapidité foudroyante et qui en faisait un cas non opérable avec quelque chance de succès.

Aucune conclusion pour la valeur de la méthode n'en sera tirée ; néanmoins il serait à noter que la poussée de bourgeons charnus, qui allait bientôt combler la perte de substance revêtait le plus bel aspect, donnait au toucher la sensation onctueuse, velvétique

(1) Dr K. H. et moi remercions vivement MM. Berg et Forsell de leur précieuse collaboration.

que nous constatons dans nos plus beaux cas. Or, étant donné le mode opératoire employé (c'est-à-dire curetage des bourgeons cancéreux), il n'est pas douteux que la repullulation eût dû être immédiate. En effet, une surface cancéreuse curetée repousse des bourgeons cancéreux et non des bourgeons de cicatrisation.

Observation 200.

Epithélioma de la muqueuse palatine et du rebord du maxillaire supérieur. — Récidive après opération chirurgicale pure. — Intervention électro-chirurgicale. — Cicatrisation.

Mme M..., 55 ans, Marseille.

A. H. Sans importance.

A. P. Réglée à 13 ans. Ménopause à 53. Migraines fréquentes.

Histoire de la maladie. — Début il y a trois mois à la suite de l'extraction d'une dent qui avait provoqué deux abcès, par une petite excroissance de chair et occupant la face interne du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur, au niveau de trois grosses molaires gauches.

Il y a deux mois, les végétations avaient atteint le volume d'une petite cerise dont les Drs Lop et Roux (de Brignolles), font l'ablation. Depuis, la plaie n'a jamais cicatrisé. Au dire de la malade, un médecin autorisé avait déclaré que la chirurgie ne pouvait rien de durable pour elle. Entrée à la clinique le 1er juin.

Etat actuel. — Sur la voûte palatine gauche, le long et en dedans du rebord alvéolaire, existe une ulcération longue de 6 cent., large de 2 cent., environ. Les bords en sont calleux, tomenteux et saignants. Le centre de l'ulcération est fortement creusé, intéressant la voûte palatine et le rebord alvéolaire. Indolence de la lésion.

Opération le 1er juin. — Après fulguration préalable et courte, faite par le Dr K. H., le Dr Juge, débride la joue par une incision horizontale et extirpe la lésion par une incision menée au ras de l'ulcération. L'os est évidé à la curette.

Le 22 juin, la plaie s'est considérablement rétrécie et en voie de rapide cicatrisation.

Le 20 juillet, la cicatrisation est complète.

Examen histologique. — « Epithelioma pavimenteux lobulé. Stoma « fibreux très dense. Nombreux prolongements malpighiens irréguliers, « assez grêles, quelques globes épidermiques. » (Pr Alezais).

Malgré l'opinion d'un confrère, ce cas eût été opérable, mais avec des sacrifices sérieux, par la chirurgie seulement.

A remarquer l'insuffisance et la parcimonie de l'action opératoire.

OBSERVATION 76.

(*Voir Fig.* 17 et 18; *Obs.* 76 : *a*, *b*).

Tumeur maligne ayant nécessité la résection totale du maxillaire supérieur. — Récidive rapide. — Etincelage à plusieurs reprises. — Amélioration.

M. d'A..., 37 ans.

A. H. Père mort à 78 ans d'une attaque de goutte. Mère vivante.

A. P. Rien de particulier.

Histoire de la maladie. — En décembre 1906, le malade souffre d'un violent mal de dents au niveau de l'avant-dernière molaire supérieure droite. La dent est arrachée. Hémorrhagie notable. Bientôt après apparaît sur la gencive une tuméfaction qui deux mois après, avait atteint le volume d'un œuf de pigeon. Le 2 mai 1907, le Dr Prat (de Nice), diagnostiquant sans doute une tumeur très maligne, a opéré la résection du maxillaire supérieur. A l'examen microscopique fait par le Dr Nicolas, il est reconnu qu'il s'agit d'un épithélioma à marche rapide développé au niveau de la muqueuse du sinus de la membrane pituitaire.

Vers la fin d'août, le malade s'apperçoit de l'apparition d'une tache rouge sur la joue, qui bientôt s'étend, accompagné d'un gonflement notable, depuis l'aile du nez, jusqu'à la paupière inférieure. C'est dans ces conditions que ce malade s'adresse aux Drs de K. H. et Juge.

Etat actuel. — La joue droite est tuméfiée. Bourgeons cancéreux et ulcérations occupent tout l'espace compris entre le sillon naso-génien et la région malaire, de haut en bas, entre la paupière inférieure et une ligne passant à un travers de doigt au-dessus du rebord de la lèvre. Le malade écartant la bouche, on s'aperçoit que la cavité laissée par la résection du maxillaire est remplie à bloc par une pullulation de bourgeons cancéreux.

Opération, le 2 octobre, par le Dr Juge. — Une incision part de l'angle interne de l'œil, descend le long du nez, gagne la sous-cloison, fend verticalement la lévre supérieure. Mais en même temps, l'opérateur voulant conserver la mince bande de la lèvre supérieure *apparemment saine*, fait partir de l'incision verticale de la lèvre, faite sur la ligne médiane, une incision qui, longeant la limite inférieure des noyaux, vient aboutir à la branche montante du maxillaire inférieure. De la sorte, la lèvre supérieure forme un instant un lambeau flottant. Une incision postérieure et verticale réunit les deux branches horizontales. Tout le bloc ainsi circonscrit est extirpé. Par cet énorme perte de substance l'opérateur évide à la curette toute la cavité des fosses nasales, la partie supériere du pharynx, et même une fraction de la partie gauche de la voûte palatine. Fulguration énergique par le Dr K. H.

Quelques jours après repullation au niveau de la face inférieure du plancher de l'orbite. Nouveau curettage (19 octobre). La repullulation poussant sans cesse sur la face inférieure du plancher de l'orbite, et de là, s'essaimant sur toute la surface, il nous apparaît nécessaire à K. H. et à moi, d'évider complètement l'orbite où est sans doute cantonné un

bloc cancéreux. Cette supposition est d'autant plus vraisemblable que l'œil s'injecte, les paupières s'œdématient et que le globe subit une légère exophtalmie.

Le malade s'y refuse et quitte la clinique le 24 décembre 1907, non guéri, mais ne souffrant plus.

Examen histologique. — « Epithelioma pavimenteux tubulé. Toute « la coupe est occupée par de gros boyaux de cellules grandes, irrégu- « lières, à gros noyaux et sans vaisseaux. Pas de globes épidermiques, « Pas de dentelures apparentes. Stroma fibro-cellulaire, tantôt à cellules « fusiformes, tantôt à grosses cellules conjonctives, plutôt peu abon- « dantes. » (Pr Alezais).

Ce cas est un échec de la méthode. Mais nous avons pu noter des phénomènes importants :

1° Au point de vue vital, ce malade était atteint d'une lésion à marche tellement rapide que la récidive se montrait quatre mois après une intervention pourtant fort large, et qu'un mois après ce début de récidive, la moitié de la face était dévorée par la pullulation cancéreuse (Voir *Fig*. 17). De plus, le malade souffrait beaucoup. Or, durant tout le temps que ce malheureux est resté en traitement à la clinique, c'est-à-dire pendant trois mois, la lésion renaissait sans cesse, d'un point donné, mais n'a pas envahi la moindre parcelle des téguments au delà des lignes d'incision pratiquées pourtant au ras de la tumeur. N'y a-t-il pas là une véritable action de ralentissement dans l'évolution du processus cancéreux ? Il s'était même formé à la limite inférieure, un véritable liseré cicatriciel (Voir *Fig*. 18).

2° Ce cas a été, pour K. H. et pour moi, un élément d'observation important entre beaucoup d'autres qui nous ont amené à penser que pour être efficace, la fulguration devait s'appuyer sur l'exérèse chirurgicale dépassant au moins, mais juste, les limites MACROSCOPIQUES du mal.

Le malade a été vu par le Dr Desplats (de Lille), qui a assisté à la seconde intervention et qui en a rendu compte (1).

VII. — SEIN.

Observation 5.

(*Voir Fig*. 46; *Obs*. 5 : *a*).

Volumineuse tumeur du sein ulcérée. — Etincelages répétés avec modeste exérèse consécutive (selon la première manière). — Résultat excellent.

Mme R..., 60 ans, commerçante à Marseille.

(1) Extrait du *Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Lille*, novembre 1907.



A. — Avant le traitement.
Cancer du sein inopérable. — Cachexie.
Douleurs (Voir les détails de l'observation).



B. — Etat actuel, 27 mois après l'intervention électro-chirurgicale. — On remarquera la conservation de la glande.

Fig. 44 et 45. — OBSERVATION 49.



A. — Photogravure montrant le résultat actuel obtenu dans un cas de cancer du sein inopérable. — On remarquera la conservation de la glande. — 28 mois après l'intervention électro-chirurgicale.

Fig. 46. — OBSERVATION 5.



A. — La saillie que l'on voit est celle de la tumeur et non pas celle du mamelon. Celui-ci est à moitié caché par la chemise. — L'aisselle est soulevée par le ganglion.



B. — Cette figure montre que le noyau cancéreux a été excisé comme une tumeur bénigne quelconque. — Le mamelon a été conservé avec la plus grande partie de la glande.



C. — Le mamelon a été excisé ; mais la plus grande partie de la glande a été conservée. — Etat actuel, 18 mois après la première et principale intervention.



D. — 27 mois après le traitement : la tumeur principale est remplacée par une petite plaque cicatricielle.

Fig. 47 à 50. — Observation 30.
Cancer du sein.




A. — Avant l'opération.


B. — 6 semaines après l'opération.

Fig. 51 et 52. — Observation 158.

Cancer du sein. — Ces figures montrent que la tumeur a été énucléée de la partie supérieure de la glande où elle siégeait, et que le mamelon a été conservé.







A. — Le pointillé indique la limite de la tumeur, qui a été en même temps le tracé de l'incision.



B. — En voie de cicatrisation.



C. — 2 mois après. — A remarquer sur la photo les noyaux de métastase cutanés, qui sont attirés par la rétraction centripète de la plaie et qui n'ont pas empêché la plaie de se fermer.

Fig. 55 à 57. — Observation 134.
Cancer ulcéré et adhérant aux muscles. — Nombreux et volumineux ganglions. Métastases cutanées.

A. H. — Père mort d'accident, bonne santé habituelle.

Mère morte à 68 ans d'une gastrite (?)

A. P. — Un enfant bien portant. Aucune affection sérieuse.

En octobre 1901, la malade reçoit au sein droit un coup de coude. Un an plus tard, elle s'aperçoit, à ce point, de l'existence d'une tumeur du volume d'un pois, indolore au début, mais qui augmente peu à peu de volume. En mai 1903, la tumeur est grosse comme une noix et devient douloureuse, sous forme de douleurs lancinantes. Le Dr Rapine diagnostique un fibrome du sein et conseille l'opération. Le Pr Combalat ne trouve pas d'indication opératoire urgente et conseille l'application d'onguents et la compression du sein, mais pourtant six mois plus tard, il conseille l'intervention que la malade refuse. En novembre 1904, elle se confie à une maison de charlatans qui font des applications de rayons X, mais la grosseur de la tumeur augmentant toujours, la malade s'adresse au Dr K. H (avril 1906).

Etat actuel. — A ce moment, le sein est énorme, dur, mammelonné; la peau est fortement rétractée en peau d'orange. Deux ulcérations, larges comme une pièce de 5 francs. Les ganglions axillaires sont volumineux, durs. Les plaies exhalent une odeur nauséabonde.

Traitement par le Dr K. H.

Par les deux ulcérations, des tunnels sont creusés au moyen de l'étincelle pénétrant de 3 à 5 centimètres dans la tumeur. Ce résultat n'est obtenu qu'après maintes séances répétées, que la malade courageuse supporte sans anesthésie. Bientôt, K. H. observe la diminution du sein qui se rétracte, se ratatine, au point de devenir plus petit que celui du côté opposé. La malade ne souffre plus, l'état général devient excellent. Il ne reste bientôt plus qu'une masse relativement peu volumineuse et suintante et en voie de mortification. C'est à ce moment que K. H. prend le bistouri et énuclée cette masse avec la plus grande facilité par une incision fendant transversalement la glande, mais la conservant. En somme, c'est une incision à fin d'énucléer un noyau situé dans la glande, mais ce n'est nullement une exérèse de la glande.

L'incision a ouvert l'aisselle, et a permis d'enlever quelques ganglions superficiels. Mais K. H. recule devant l'extirpation de plusieurs ganglions couchés sur les vaisseaux. Ceux-ci sont laissés sur place, ainsi que quelques nodules aberrants dans la peau, qu'il se propose de traiter plus tard et se contente d'envoyer quelques étincelles dans l'aisselle. Cette plaie se referme peu à peu, laissant une cicatrice parfaite. La malade conserve encore une partie de sa glande mammaire, a retrouvé un état de santé excellent et s'y maintient jusqu'à aujourd'hui, c'est-à-dire pendant plus de deux ans.

17 *décembre* 1907. — L'état général et local de cette malade ne laisse rien à désirer. Nous pouvons le constater à toutes les visites qu'elle nous fait. Il existe toujours dans la glande mammaire, ces nodules, reliquat des premières interventions. Ainsi que dans l'aisselle, les ganglions respectés par K.-H., noyaux que nous supposons être du cancer, quoiqu'ils soient immobiles.

Aussi, en possession à l'heure actuelle, d'une technique mieux réglée et d'une expérience déjà étendue, décidons-nous d'extirper ces vestiges que nous estimons quand même dangereux.

Intervention, le 17 *décembre* 1907. — Opération exécutée par le Dr Juge. Le bistouri repassant par la même incision excise losangiquement un petit bloc qui apparaît, à ce moment, comme infiltré de tissu fibreux et criant au contact de l'instrument. C'est vraiment du tissu lardacé; même aspect et même consistance du ganglion que le Dr Juge dissèque très péniblement du paquet vasculo-nerveux de l'aisselle. C'est une sorte de poulpe fibreux qui s'insinue entre les nerfs et les vaisseaux et les enserrent.

Fulguration par le Dr K. H. Large drainage de la plaie.

Cette malade guérit admirablement et aujourd'hui, son état de santé ne laisse rien à désirer, comme ont pu le constater tous les confrères étrangers qui nous ont rendu visite à Marseille.

Examen histologique. — « Epithélioma glandulaire. Stroma fibreux, « par places hyalin et épais; contient d'assez nombreuses cellules. « Boyaux épithéliaux généralement petits, parfois pseudo-acineux. « D'autres plus gros, présentent à leur centre, des désagrégations cel- « lulaires. Les noyaux des cellules épithéliales sont généralement très « colorables ». (Pr Alezais).

J'appelle tout particulièrement l'attention du lecteur sur ce cas, lui faisant remarquer que :

1° S'il est un cas où l'exérèse chirurgicale ne puisse invoquer le bénéfice du succès, c'est bien celui-là.

En effet, qu'a fait la chirurgie? Rien qu'énucléer une masse déjà mortifiée par des actions électriques préalables. Somme toute, elle a agi, en l'espèce, comme elle le fait en ouvrant un abcès ou un foyer de gangrène quelconque. Moins encore, elle a abandonné, dans la plaie, des noyaux essaimés, des nodules glandulaires et enfin, des groupes ganglionnaires, manifestement cancéreux. Voilà, il me semble, une chirurgie dérisoire et absurde, et pourtant quelle efficacité !

Cette malade, qui, il y a 2 ans 1/2, se trouvait sinon tout à fait inopérable, du moins sur la limite de l'opérabilité, jouit actuellement d'un état de santé parfaite. De plus, à la place de cette vaste lésion, existe maintenant une cicatrice linéaire.

Je fais expressément remarquer la manifestation, évidente dans ce cas, de la puissance de production fibreuse. Cette *fibrose* a pénétré, encerclé, immobilisé les nodules que l'examen histologique du 17 décembre a révélés encore de nature épithéliale. Mieux que cela, la structure du noyau lui-même était modifiée. Bien des boyaux épithéliaux présentent à leur centre des signes de désagrégation cellulaire. D'autres, il est vrai, ont des cellules très colorables, par consé-

quent vivantes encore. Les ganglions couchés sur les vaisseaux et négligés lors de la première intervention sont devenus, eux aussi, un bloc fibreux.

De toute évidence, la fulguration de K. H. a produit là trois résultats certains :

1° Un résultat vital : la conservation de l'existence de la malade ;

2° Un résultat physiologique : la production d'une *fibrose* intense enveloppant et pénétrant les noyaux cancéreux,

3° Un résultat thérapeutique : l'atteinte, portée à la virulence du cancer et l'arrêt de son évolution.

Observation 30.

(*Voir Fig.* 47 à 50 ; *Obs.* 30 : *a*, *b*, *c*).

Tumeur maligne du sein, excisée en deux fois et étincelée avec ménagement de la glande et des téguments.— Bon résultat.

Mlle P..., 56 ans, lingère.

A. H. Père mort hydropique.

Mère morte à 64 ans de fluxion de poitrine.

A. P. Santé toujours délicate. Dyspepsie habituelle. Palpitation de cœur. Stigmates hystériques.

Histoire de la maladie. — En mars 1906, fait une chute violente qui porte sur la poitrine. Un mois après, soit en avril 1906, douleur dans le sein gauche, où elle remarque déjà une grosseur du volume d'une noix faisant saillie au-dessus du mamelon. Les douleurs commencent à ce moment-là. Le Dr Vidal prescrit les pommades fondantes Malgré tout, grosseur et douleur augmentent sans cesse. C'est alors que le Dr Alezais l'adresse en février 1907, au Dr K. H.

État actuel (10 février 1907). — A ce moment la malade présente une tumeur dure non ulcérée du volume d'une pomme, dessinant une forte saillie au-dessus du mamelon, ayant envahi la plus grande partie de la glande. Du côté de l'aisselle un ganglion volumineux, mais paraissant isolé.

Traitement. — La malade est présentée au Comité médical le 14 février et opérée le 17. D'abord fulguration de la peau destinée à être enlevée, puis incision, découverte, et fulguration de la masse et des parties circum voisines. Enlèvement partiel de la glande. En effet le mamelon est conservé et une petite tumeur fixée à sa face profonde et sur laquelle il reposait, est fulgurée puis enlevée à la curette. Il en est de même du ganglion axillaire qui est fulguré et disséqué. Fuguration de la surface cruentée, puis quelques points de suture et large drainage.

Abondante exsudation les premiers jours. Les bords de la plaie s'exfolient, laissant échapper de la sérosité qui finit par devenir une sécrétion franchement purulente. La cicatrisation se fait peu à peu et parfaite (Voir *Fig.* 48) 26 mars 1908. Depuis l'intervention le bon état

de la santé ne s'est pas démentie et l'état local est tout à fait rassurant. Cependant K. H. et moi, retrouvant derrière le mamelon une induration suspecte au point même ou un fragment de la tumeur a été curetté, ainsi que quelques ganglions dans l'aisselle, décidons d'en finir et d'extirper ce noyau. Cette ablation est pratiquée et comprend le mamelon et les ganglions axillaires qui sont enlevés un par un, mais sans faire l'évidement de l'aisselle. Ceux-ci sont formés d'un tissu induré. Il est impossible de discerner si la masse enlevée est du cancer ou de la cicatrice opératoire. Fulguration pendant 10 minutes. Cicatrisation parfaite.

A remarquer : 1° Excellence du résultat au point de vue vital.

2° Le caractère absolument insolite d'une pareille opération où l'on abandonne systématiquement une partie de la tumeur et le bout du sein qui reposait sur elle, ce qui n'empêcha pas la malade de très bien guérir dès la première fois.

Observation 49.

(*Voir Fig.* 44 et 45; *Obs.* 49 : *a*, *b*).

Cancer très avancé du sein avec ulcération. — Inopérable. — Femme cachectisée. — Étincelages répétés. — Cicatrisation et excellent état général (1).

Mme C..., 50 ans.

A. H. Père mort à 55 ans d'une tumeur de mauvaise nature dans la région inguinale. Mère vit encore.

A. P. Bonne santé habituelle. Dysmenorrhée. Quelquefois des migraines et légers rhumatismes articulaires. 3 enfants bien portants.

Histoire de la maladie. — Il y a 4 ans, coup violent au sein gauche, Au bout de quelques mois douleurs lancinantes dans la même région. En octobre 1903 : grosseur applatie du diamètre d'une piéce de 5 francs, un peu au-dessus du mamelon. La malade voit le Dr Marnac qui conseille une intervention. A ce moment, il n'y avait pas encore de ganglions. Refus de la malade qui se soumet à la radiothérapie pendant 1 an 1/2 sans aucun résultat. Sauf courte rémission, le mal grandit toujours. Apparition d'un ganglion axillaire qui augmente de volume et finit par se confondre avec la tumeur principale. En janvier 1906, le Dr Juge déclare la malade à la limite de l'opérabilité et conseille l'exérèse immédiate. En avril la malade se présente au Dr Daniel qui prévient le mari qu'il n'y a plus qu'à « attendre la fin naturelle du mal « avec celle de la personne qui le porte. » Le Dr K. H. reçoit la visite de Mme C.

(1) Ce cas dans cette première partie de son histoire a déjà été mentionnée par M. Pozzi dans son Rapport à l'Académie, en juillet 1907.

La malade a été présentée au Comité médical des Bouches-du-Rhône, le 9 décembre 1906. Elle a été examinée depuis par les Drs Benckiser et Krumn (de Karlsruhe), Desplats (de Lille), Sonnenburg (de Berlin) et Necker (de Vienne).

État actuel (8 mai 1906). — Celle-ci présente au sein gauche une masse énorme qui occupe tout le côté gauche du sein, d'un point situé à 2 cent. en dedans du mamelon jusqu'au sommet de l'aisselle ; toute cette masse (tumeur principale et ganglion ne faisant qu'un) est adhérente aux côtes ; un des points saillants de cette tumeur est ulcéré vers le centre ; le malade exhale cette odeur caractéristique du cancer en voie de destruction. Le malade est cachectique, bras œdématié, douleurs affreuses.

L'examen histologique fait par le Dr Pélissier établit le diagnostic de carcinome alvéolaires.

Traitement d'abord timide, c'est-à-dire limité à l'attaque du néoplasme sans anesthésie générale. Mais devant l'énormité des lésions K. H. propose l'ablation au couteau, de la majeure partie de la tumeur et la fulguration du reste. Opération le 10 mai 1906.

On peut se rendre compte de l'étendue des lésions ; la tumeur adhère aux côtes et s'attache au paquet vasculo-nerveux de l'aisselle. Ablation de tout ce qu'il été possible d'enlever sans entrer dans les tissus sains. Le pectoral est respecté. Sur les parois de cet évidement, jaillissement d'étincelles et drainage.

Suites normales ; très abondant écoulement de sérosité.

Sortie le 19 mai.

Le milieu de la plaie suturée s'entr'ouvre pour laisser sortir une quantité notable d'un liquide grisâtre d'une odeur cancéreuse. Elimination pendant un mois des parties sphacélées, puis fermeture progressive de la plaie qui se comble d'un tissu cicatriciel ligneux et massif. Une nouvelle séance d'étincelage est pratiquée sur cette masse qui s'assouplit. Retour progressif de la souplesse du sein, dont la moitié est restée en place et du membre supérieur. Il reste seulement vers la partie intérieure de la ligne d'incision, une masse grosse comme une noix verte, qui depuis est restée immobile.

A la fin de décembre 1907, les Drs K. H. et Juge, proposent d'enlever ce noyau qui reste. La malade refuse, déclarant qu'elle se trouve très bien. Néanmoins sous anesthésie, le Dr Juge détache un petit cube de cette tumeur et la légère perte de substance est fulgurée par K. H. Cicatrisation rapide.

Examen histologique sur pièce enlevée le 6 décembre 1907. — « Epithélioma du sein. Stroma épais formé de tissu conjonctif adulte « à nombreuses cellules fixes. Assez nombreux petits vaisseaux. No- « dules embryonnaires inflammatoires. Boyaux cellulaires assez petits, « formés de cellules irrégulières, petites et à noyaux bien colorés ». (Prof. Alezais).

Les commentaires sur ce cas seront brefs ; mais je les crois décisifs :

1° Au point de vue vital, cette malade, en mai 1906, était dans un état lamentable et n'avait plus qu'à mourir. Aujourd'hui, c'est-à-dire 26 mois après, elle jouit d'une santé parfaite.

2° A remarquer qu'un nodule cancéreux, après la première intervention est resté dans la plaie, dès lors immobile et n'empêchant pas celle-ci de se fermer. Bien mieux, un fragment est prélevé dans sa masse, 18 mois après ; et la plaie faite par le bistouri, fulgurée ensuite, se referme par une cicatrisation rapide et parfaite ; et cependant l'examen microscopique démontre dans ce fragment la structure de l'épithélioma avec cellules bien vivantes. — A-t-on pu jusqu'à présent jouer pareillement avec le cancer ? *Ce fait, vraiment nouveau* dans la science ne tend-il pas à prouver, ou que la virulence du processus cancéreux est dédruite, ou qu'une réaction victorieuse de l'organisme étouffe le néoplasme par un encerclement fibreux ? (A rapprocher de l'Obs. 5.

Observation 72.

Cancer du sein. — Traitement par la méthode. — Mort, par endocardite rhumatismale, 47 jours après l'intervention.

Mme M..., 72 ans, femme de chambre (Marseille).

A. H. Rien de particulier.

A. P. Réglée à 12 ans. Aucune maladie sérieuse. Un enfant bien portant. Rhumatisme chronique.

Histoire de la maladie. — Il y a environ deux ans, en 1906, la malade reçoit un coup sur le sein gauche ; 4 ou 5 mois après elle constate l'existence d'un petit durillon au même sein, qu'elle négligea.

C'est occasionnellement qu'elle montre son sein au Dr K. H.

Etat actuel. — A ce moment il existait une tumeur grosse comme une pomme, située à la partie droite de la glande, avec rétraction de la peau et du mamelon. Il n'existait pas de douleur.

Quelques ganglions dans l'aisselle.

Opération, le 27 septembre 1907. Après une fulguration rapide faite par K. H., le Dr Juge extirpa la tumeur, comme on le ferait d'un fibrome, en se tenant au ras de l'induration et conservant bonne partie de la glande. L'incision prolongée permet d'enlever quelques ganglions axillaires : Dans cette plaie ouverte K. H. projette la fulguration. Fermeture partielle de la plaie, large drainage.

Suites opératoires. — L'écoulement lymphorrheïque fut très marqué dans ce cas. Les bourgeons charnus poussèrent d'une façon très apparente, et la malade sortit de la clinique en bonne voie de guérison 15 jours après. Malheureusement une attaque de rhumatisme généralisée, la cloua bientôt au lit et l'emporta un mois plus tard par endocarde.

Examen histologique. — L'examen histologique de la tumeur, a été fait à la Clinique par les soins du Dr Pellissier, qui conclut à l'existence d'un carcinome alvéolaire.

Evidemment, on ne saurait tirer aucune conclusion de ce cas ni pour, ni contre la méthode. — A remarquer :

1° C'est un des premiers cas de tumeur du sein que K. H. et moi avons opéré suivant notre conception actuelle, c'est-à-dire avec une éradication chirurgicale précédent l'acte principal de la fulguration. Mais j'entends l'éradication suivant nos principes, c'est-à-dire *au plus près de la tumeur*, comme on le ferait d'une tumeur bénigne quelconque. De même il n'a pas été exécuté d'évidement de l'aisselle, mais seulement l'énucléation au doigt de quelques ganglions.

A remarquer également l'abondance de cette sécrétion séreuse particulière que nous nommons lymphorrhée.

Observation 130.

(*Voir Fig.* 53 et 54; *Obs.* 130 : *a*, *b*).

Cancer du sein gauche, avec ulcération et métastases cutanées. — Ablation de la tumeur principale, puis un an après des noyaux cutanés. — Etincelage. — Guérison.

Mme C..., 50 ans.

Ce cas ne m'appartient pas, la malade ayant été opérée par le Pr Mauras, professeur à l'Ecole de médecine Coloniale à Marseille, mais les photos ayant été publiées, je crois pouvoir les faire passer sous les yeux de mes lecteurs. On pourra se rendre compte qu'il s'agissait d'un cas de cancer très avancé du sein gauche, avec de nombreux noyaux métastatiques disséminés dans la peau des régions axillaire et scapulaire. La tumeur principale fut énuclée par une incision de découverte ainsi que quelques ganglions de l'aisselle. Un an plus tard, chacun des noyaux disséminés dans la peau, dont les dimensions variaient d'une pièce de un franc à une pièce de cinq francs, quelques-uns d'ailleurs étant ulcérés, *fut excisé individuellement*, le bistouri passant au ras de l'induration, et ménageant soigneusement les intervalles de peau saine. L'étincelage fut pratiquée par le Dr K. H. (Voir *Fig.* 53). La malade est actuellement, parfaitement guérie, conservant seulement une ligne de cicatrice sur le sein et quelques petits placards cicatriciels sur la peau, seul vestige des métastases épithéliales (Voir *Fig.* 53).

Voilà un cas qui se passe de commentaires. Enucléer un cancer ulcéré du sein, récidivé pour la troisième fois et radiothérapisé pendant un an sans succès, comme une tumeur bénigne quelconque ; exciser des noyaux de métastases prélude d'une rapide généralisation, comme d'inoffensifs kystes sébacés et obtenir la cicatrisation et la guérison de la malade qui se maintient depuis 13 mois ; voilà ce que j'appelle moi aussi des *faits nouveaux*, d'une portée considérable. Je ne possède pas l'examen histologique, mais les détails de l'observation

et l'examen des *Figures*, ne laissent pas le moindre doute sur la réalité du diagnostic.

Observation 134.

(*Voir Fig.* 55 à 57; *Obs.* 134 : *a*, *b*, *c*).

Cancer ulcéré du sein gauche avec noyaux cutanés. — Traitement par la méthode. — Première intervention portant sur la tumeur principale. — Deuxième, pratiquée 5 mois plus tard, sur les noyaux métastatiques. — Cicatrisation.

Mme G..., 44 ans, cuisinière.

A. H. Parents morts à 70 et 54 ans d'affection aiguës.

A. P. Bonne constitution, aucune maladie notable.

Histoire de la maladie. — A 39 ans, coup sur le sein gauche, suivi 15 jours plus tard de l'apparition d'une nodosité indolore.

4 ans après en août 1907, la malade souffre d'élancements dans le sein gauche, qui d'ailleurs lui paraît légèrement augmenté de volume, mais surtout induré en masse. Médicaments empiriques. Bientôt une petite collection liquide apparaît au mamelon, se crève et forme le point de départ d'une ulcération qui grandit sans cesse. Le 22 novembre 1907 entrée à l'hôpital de la Conception, dans le service du Dr Louge suppléé dans le moment, par le Dr Juge. A ce moment la lésion de cette femme est tellement avancée que celui-ci estime certainement inefficace l'extirpation chirurgicale pure et la fait entrer à la clinique pour la faire bénéficier de la méthode de la fulguration.

Etat actuel (Voir *Figure* 55). — Le sein gauche forme un bloc induré adhérent au pectoral, soudé à la peau et creusé en un large cratère. Nombreux et volumineux ganglions dans l'aisselle. Sur le pourtour de la lésion principale, du côté de l'aisselle, de 5 à 15 cent. loin du centre de la tumeur, on remarque des nodules allant d'un grain de raisin à une cerise. Etat général médiocre. Douleurs très vives.

6 janvier 1908. Opération par le Dr Juge avec la collaboration des Dr Benckiser et Krümm (de Karlsrühe) (1).

Après un rapide étincelage qui permet de faire remarquer l'action ischémiante de l'étincelle de haute fréquence, la tumeur est excisée suivant une ligne qui dessine exactement et au ras, les limites de l'induration. La queue de l'incision étant prolongée jusqu'à l'aisselle, les ganglions les plus apparents sont enlevés, mais il n'est pas fait d'évidement de la cavité axillaire.

Les nodules cutanés, se trouvant un peu loin de la limite de l'exérèse, ne sont pas touchés. Etincelage énergique par K. H. Suture, large drainage.

Suites opératoires. — Lymphorrhée très abondante. Chute de l'escharre; des bourgeons caractéristiques poussent. En même temps un

(1) Je saisis cette occasion pour exprimer à MM. Benckiser et Krumm mes remerciements et ceux de mon ami K. H. pour la précieuse assistance qu'ils nous ont prêtée.





— L'excision a détaché à la limite les parties végétantes et ulcérées.

B. — On voit (mal il est vrai) la rétraction et le pont fibreux jeté au milieu de la cicatrice.

Fig. 58 et 59. — OBSERVATION 86.
Cancer végétant et ulcéreux de la vulve.





- Elle montre, quoique assez mal, la diffusion la lésion à toute la vulve et à l'ostium vagi-l.

B. — On remarque nettement la cicatrice, qui a remplacé les bourgeons cancéreux.

Fig. 60 et 61. — OBSERVATION 91.
Énorme cancer végétant de la vulve.



A. — Les végétations cancéreuses ont dévoré les grandes lèvres et tout l'ostium vaginale. Une large ulcération entame le périnée et la naissance de la fesse à droite de l'anus.



B. — 48 heures après l'opération. Le pointill marque la limite de l'exérèse qui a suivi au ra les contours de la tumeur.



C. — 5 semaines après l'opération. — La cicatrisation est à peu près complète (1).

Fig. 62 à 64. — Observation 140.

Cancer de la vulve. — Excision, étincelage. — Guérison.

(1) Actuellement, 5 mois après l'opération, la cicatrisation est complète depuis longtemps. On dirait une vulve de nullip

travail de rétraction des plus évidents arrive à rétrécir et à combler cette large perte de substance en grande partie avec les téguments appelés de loin. (Voir les *Fig*. 56 et 57).

Juin. Quelques-uns des noyaux laissés en place et attentivement surveillés paraissent grossir, mais en même temps, s'énucléer spontanément.

Le 5 juin, soit 5 mois après la première intervention devant le Pr J. Berg et le Dr Forssel (de Stockholm) et avec leur collaboration, le Dr Juge excise chacun de ces noyaux dont la plaie est étincelée par K. H. 15 jours après cicatrisation parfaite.

Examen histologique. — « Epithélioma du sein. La coupe montre « des régions graisseuses envahies par de petits lobules atypiques. « Stroma peu épais. » (Prof. Alezais).

Ce cas, par ses disséminations cutanées, ressemble beaucoup aux observations précédentes, quoique moins avancé.

Là encore les mêmes principes opératoires d'extirpation au plus près et individuellement de chaque foyer cancéreux, a été pratiqué et avec plein succès. Incontestablement, l'action opératoire en elle-même a été absurde, dangereuse même. De toute évidence la cicatrisation rapide de cette dangereuse lésion et la guérison apparente de la malade doivent être inscrites à l'actif de l'étincelage.

A remarquer la puissance de rétraction de la cicatrice.

Observation 158.

Cancer du sein droit. — Traitement par la méthode. — Cicatrisation.

Mme M..., 53 ans, laitière, Saint-Antoine (Marseille).

A. H. Rien de particulier.

A. P. Excellente santé générale. 11 enfants dont 6 vivants.

Histoire de la maladie. — Début il y a 18 mois. Actuellement squirrhe occupant tout le sein droit, mais surtout le lobe supérieur. Forte rétraction du mamelon et de la peau de la partie supérieure du sein. Adhérence au pectoral. Deux ganglions apparents sous l'aisselle. Etat général médiocre.

Opération, 4 mars 1908. — Après un étincelage rapide fait par K. H. le Dr Juge incise obliquement en bas et en dehors, le lobe supérieur où l'on croit trouver le cancer encore limité, se proposant de conserver la plus grande partie de la glande. Mais il s'aperçoit que le néoplasme a infiltré presque tout le sein, et est conduit à l'enlever, pour ainsi dire, par morcellement. Les tractus, cause de la rétraction du mamelon sont coupés et celui-ci est conservé. Les ganglions manifestement malades sont énucléés au doigt. Etincelage vigoureux par K. H. pendant 10 minutes. Large drainage.

Suites opératoires excellentes. Lymphorrhée abondante.

Malgré l'abcès qui s'était produit à la partie inférieure de la plaie refermée trop tôt, la guérison est complète à la fin d'avril.

Examen histologique. — « Epithélioma, nombreuses coupes de « glandes bourrées de cellules. Autres cavités irrégulières sous basale, « tapissées de couches inégales de cellules cylindriques ou cuboïdes. « Stroma fibreux avec paquets graisseux. Le fragment examiné déno- « terait un épithélioma au début. » (Prof. Alezais).

Ce cas, lui aussi, est remarquable par le caractère anormal et dangereux même de l'action chirurgicale. Il est en effet plus que bizarre de morceler un cancer du sein, d'ensemencer ainsi les tissus, de conserver un mamelon en plein état de rétraction néoplasique, et d'obtenir une guérison qui se maintient au moins jusqu'à l'heure actuelle Il est clair que le mérite en revient à l'heureuse influence de la fulguration !

Observation 188.

Enorme cancer ulcéré en cuirasse du sein gauche. — Opération : 13 mai. — Etincelage. — Mort par hémorrhagie secondaire 11 jours après.

Mme R..., 58 ans (de Buenos-Ayres).

Je ne signale que pour mémoire ce cas. Il s'agissait d'un cancer qui, ayant débuté 2 ans auparavant, était récidivé pour la 2e fois et devenu tout à fait inopérable.

En effet, à l'entrée de la malade à la clinique, une énorme tumeur, épaisse d'un travers de main, s'étend de la base du cou jusqu'aux fausses côtes, et en dedans du bord opposé du sternum à travers l'aisselle jusqu'au bord spinal de l'omoplate. La cavité axillaire était comblée et un œdème intense du bras gauche témoignait de la compression des vaisseaux. Inutile de dire que la tumeur était soudée aux parois costales.

La malade emphysémateuse, obèse, à cœur gras (30 gr. de sucre dans les urines).

La famille ayant accepté les risques de l'opération, celle-ci est pratiquée le 13 mai. La tumeur ayant été aggripée par une grande pince à dents et soulevée fortement, le Dr Juge cerne rapidement cette énorme masse par le bistouri et la pince tirant toujours et abaissant, la détache à grands traits de lame de la paroi thoracique. Cette extirpation n'a duré que 2 minutes. Peu de perte de sang. Dissection pénible des vaisseaux noyés dans la masse squirrheuse.

Etincelage intense, mais court, car le temps presse, par le Dr K. H. On y reviendra s'il le faut.

Choc opératoire intense. La malade se relève néanmoins. Lymphorrhée extrêmement abondante. Chute de l'escharre et bourgeonnement du meilleur aspect, lorsqu'une nuit, 11 jours après l'opération, l'interne

de garde s'aperçoit que le pansement est traversé par le sang et la malheureuse ne tarde pas à succomber malgré tous les soins.

L'examen histologique du Pr Alezais a donné de l'épithélioma.

Ce cas est intéressant en ce qu'il montre à quelles actions extrêmes la chirurgie peut prétendre appuyée sur la méthode de la fulguration.

VIII. — **UTÉRUS.**

Observation 70.

Cancer de l'utérus étendu à tout le bassin. — Curettage et étincelage répété. — Ralentissement de l'évolution de la maladie. — Évidement pelvien par laparotomie. — Mort opératoire.

Mme R.

Evolution de la maladie. — Il s'agit en somme d'un cancer du col qui s'est traduit la première fois par une hémorrhagie, en janvier 1907.

Depuis cette époque, hémorrhagies et leucorées se sont établies.

Douleurs apparues en avril.

Le Dr Juge voit cette malade en mai et l'opère le 7 de ce même mois avec le Dr K. H.

A ce moment l'état est le suivant :

Large cancer ulcéreux ayant dévoré le col et remplissant le cul-de-sac antérieur. Utérus immobilisé ; ligament large induré. La malade souffre beaucoup.

Le Dr Juge évide l'utérus à la curette, chaque reprise étant précédée d'un étincelage qui a pour effet de ramollir les tissus infiltrés et de faciliter l'action de l'instrument. Hémorrhagie en nappe, finalement arrêtée par un dernier étincelage et la malade, ramenée dans son lit, *sans aucun tamponnement.*

Dès le jour même, cessation complète des douleurs, mais celles-ci revenant en même temps que les pertes, il est procédé à de nouvelles interventions palliatives, les 14 juin, 12 juillet, 10 août, 15 septembre.

Il apparait bien en ce cas, que la méthode de fulguration ne pourra jamais rien par la voie basse, car le mur d'infiltration néoplasique s'oppose à l'efficacité de l'étincelage et à la réaction des tissus. Aussi le Dr Juge après avoir prévenu la famille, tente d'extirper les masses néoplasiques par une opération abdominale.

11 octobre, laparotomie.

Le bassin est rempli d'une masse infiltrant tous les organes. Après ligature des deux hypogastriques, tout le bloc cancéreux est enlevé, mais la paroi postérieure de la vessie intimement fusionnée avec le cancer, et cancéreuse elle-même, doit être réséquée sur une large surface : De plus l'uretère gauche, coulée dans le bloc, est sectionnée et implantée à la suture vésicale. La malade succombe au choc opératoire dans le courant de la journée.

Ce cas est un de ceux qui nous a permis, à de K. H. et à moi, de fixer les conditions d'application de la méthode de la fulguration. La chirurgie n'ayant pu mettre à la disposition de l'étincelle de K. H. les limites externes du blindage néoplasique, la réaction vitale n'a pu se produire.

A opposer aux Observations 100 et 127, 133, 182, et à rapprocher de l'Observation 108.

A signaler dans ce cas le *soulagement* de la malade, la diminution des hémorrhagies et des pertes, et enfin le prolongement de l'existence de cette malade, avec un état général contrastant avec l'extension incessante de la lésion.

Observation 100.

Cancer du col de l'utérus avec greffe vaginale. — Deux opérations suivies d'étincelage. — Guérison.

Mme R..., 44 ans, Marseille.

A. H. Père mort à 70 ans d'apoplexie.

Mère morte à 50 ans de la grippe.

A. P. Bonne santé générale. Pleurésie à 20 ans.

Fièvre typhoïde au moment de sa première grossesse.

Histoire de la maladie. — Au mois d'avril 1906, commence à souffrir légèrement du ventre. En août 1907, hémorrhagie qui l'amène à consulter le Dr Talon d'Arles. Celui-ci constate un cancer du col de l'utérus avancé et la renvoie à son médecin à Marseille le Dr Cassoute. Celui-ci l'adresse au Dr Juge.

État actuel (3 septembre 1907). — Cancer végétant du col prédominant à gauche avec greffe vaginale s'étendant dans toute la largeur du cul-de-sac latéral gauche. Utérus paraît fixé par le ligament large de ce côté. Cul-de-sac droit indemne, cul-de-sac antérieur de même, le postérieur est menacé par l'expansion vaginale de la néoplasie.

Opération, le 8 septembre, par le Dr Juge. — Le bourgeonnement cancéreux du col est circonscrit par une incision circulaire au bistouri qui se prolonge et encercle de même à la limite exacte des végétations, la greffe vaginale. Évidement conoïde du col et des nodules vaginaux, mais strictement limité par l'incision circonférencielle. Le cul-de-sac de Douglas a été ouvert avant l'étincelage. Celui-ci est exécuté par K. H.

Suites opératoires. — Les bourgeons qui poussent les jours suivants sont du plus bel aspect, et l'évidement cicatrise très vite sauf sur l'extrémité de la pointe extérieure de l'incision vaginale. A cet endroit, en effet, semble se former comme une petite frange suspecte. Il y a lieu de retoucher ce point. Malheureusement la malade subit accidentellement une intoxication par l'oyxde de carbone qui la retarde 3 mois.

6 Février. — A ce moment l'état est le suivant : Le point suspect a donné naissance à une ulcération manifestement cancéreuse qui occupe

le fond et une partie de la paroi gauche du cul-de-sac latéral du vagin.

L'*Opération* est conduite de la façon suivante : Excision de l'ulcération qui se continue par une infiltration indurée, occupant le pied du ligament large. Celui ci est dédoublé en partie, des nodules sont excisés. Le cul-de-sac de Douglas est largement ouvert. Étincelage vigoureux.

Suites opératoires. — La plaie a magnifiquement bourgeonné, s'est cicatrisée, et actuellement il ne reste qu'une mince ligne cicatricielle qui dévie l'utérus un peu à gauche. La malade jouit d'une santé parfaite et manifeste hautement sa très grande satisfaction.

Malade vue par les Drs Necker (de Vienne), Rosenkrantz (de Berlin) et les Pr Léopold (de Dresde) et Berg (de Stockholm).

Examen histologique. — « Épithéliome pavimenteux lobulé, ou plu-
« tôt tubulé. Ulcération superficielle. Nombreux boyaux cellulaires
« malpighiens. Globes épidermiques rares et peu caractéristiques. »
(Pr Alezais).

A remarquer :

1° Le caractère éminemment grave de cette lésion, justiciable de la colpo-hystérectomie abdominale ;

2° L'insuffisance et même le caractère manifestement inoculant de l'acte opératoire qui a été pratiqué ;

3° L'excellence de la guérison locale et de l'état général ;

4° La nécessité, comme K. H. et moi le proclamons, de la surveillance de ces malades.

Observation 104.

Gros cancer en gâteau de la cloison recto-vaginale. — Opération. — Étincelage. — Guérison. — Cancer du col et corps de l'utérus étendu à tout le ligament large gauche. — Extirpation au plus près des lésions. — Étincelage. — Amélioration. — Mort dans le marasme.

Mme B..., 32 ans, perleuse (Marseille).

A. H. et A. P. Sans importance.

Histoire de la maladie. — Leucorrhée post-obstétricale.

En janvier 1907 on constate la fétidité des pertes.

En août le Dr Mangin constate une tumeur volumineuse de la paroi recto-vaginale et conseille l'extirpation. La malade est adressée par le Dr Platon au Dr K. H.

Etat actuel novembre 1907. — A ce moment l'état est le suivant :

Au toucher comme à la vue, on constate une volumineuse tumeur en forme de gâteau circulaire qui s'étend depuis un point situé à 2 cent. au-dessous du col jusqu'à l'anneau vulvaire. Latéralement les bords de cette tumeur occupent toute la moitié postérieure du vagin, surélevée, bourgeonnante, friable, hémorrhagique.

Opération, le 4 novembre à 5 heures du soir (à la lumière du projecteur).

Le Dr Juge débride d'abord latéralement l'anneau vulvaire jusqu'à la branche ascendante de l'ischion. Par cette large baie, il encercle la volumineuse tumeur par une incision qui passe juste à ses limites, et la rabat de haut en bas, la disséquant de la muqueuse rectal.e Le Douglas est ouvert. Etincelage énergique par K. H.

Suites opératoires. — La muqueuse rectale faisant façade et privée de ses vaisseaux, se sphacèle, ouvrant ainsi un large cloaque. Mais les jours suivants, grand fut notre étonnement, quand nous vîmes, K. H. et moi, la muqueuse vaginale et la muqueuse rectale se réunir sur un bourrelet cicatriciel absolument franc. Cet état s'est maintenu jusqu'au dernier moment.

Cette malade a été vue dans cet état par MM. Benckiser et Krumm (de Karlsruhe) qui la mentionne dans leur rapport.

Quelque temps après le malade se plaignait du ventre. Nous constatons une ulcération cancéreuse qui a dévoré le col et dans le ligament large gauche, un bloc volumineux.

C'est une pullulation, hors du premier point et à marche rapide, d'un cancer qui se trouvait déjà essainé au moment de la première intervention.

Opération, le 15 février. — Le Dr Juge fend transversalement toute la hauteur du bord gauche de l'utérus et du ligament large correspondant jusqu'à la paroi pelvienne. Les écarteurs attirant fortement en avant et en arrière la paroi de cette grande cavité, il se débarrasse de l'utérine, refoule en avant l'uretère, resèque en coin toute la face gauche de l'utérus, et amène peu à peu par le doigt et les instruments, le bloc cancéreux, qui remplissait le ligament large. Durant ces manœuvres, l'uretère a été repoussé en haut ; mais la paroi postérieure du ligament large est largement perforée. C'est en un mot, un évidement utéro-ligamentaire par voie vaginale. Fulguration énergique par K. H.

Suites opératoires. — A partir de ce moment la malade ne souffrit plus. Mais les bourgeons d'abord sains, ne tardèrent pas à s'infiltrer de nouveau de végétations qui poussèrent comme un choux-fleur dans le vagin, évoluant d'ailleurs très lentement La malade mourut d'entérite et de marasme le 15 juillet.

Examen histologique. — « Nombreux tubes contenant des végétations épithéliales atypiques. Ces végétations sont formées de grosses « cellules cuboïdes d'aspect épidermique. Tendance à la formation de « globes épidermiques ». (Pr Alezais).

C'est donc un épithélioma lobulé ou plutôt tubulé.

A remarquer : 1° *le caractère insuffisant* de l'excision de la volumineuse tumeur recto-vaginale, contrastant avec la guérison parfaite de cette lésion.

2° La seconde localisation était une lésion épouvantable et à marche

rapide. L'opération permit à la malade de survivre 5 mois et sans souffrir.

Je fais tout spécialement remarquer que le péritoine a été largement ouvert au milieu d'un véritable cloaque, sans qu'il y ait eu la moindre réaction inflammatoire.

Observation 108.

Cancer inopérable de l'utérus. — Curettage. — Etincelage. — Amélioration.

Mme P..., 46 ans, de Londres.

Ce cas se rapproche de l'observation 70, c'est-à-dire du cancer de l'utérus ayant envahi tout le bassin.

Déjà en octobre 1907, un chirurgien anglais déclare l'extirpation impossible, et fait le curettage qui n'atténue pas ses douleurs. Peu de temps après elle rentre à la clinique. Un premier curettage électro chirurgical calme immédiatement ses douleurs, et nous nous proposons de faire l'hystérectomie abdominale combinée avec l'étincelage, lorsque malheureusement la malade est atteinte d'une psoïtis grave qui nous empêche de toucher au ventre pendant 3 mois. Au bout de ce temps il est trop tard pour rien tenter par l'abdomen. Nous nous contentâmes de faire plusieurs curettages combinés, qui eurent pour résultat manifeste de maintenir la malade *à l'abri de la douleur,* d'interdire les hémorrhagies, de tarir en grande partie les écoulements fétides, et de maintenir cette malheureuse dans un état général très satisfaisant, jusqu'au moment où elle quitta la clinique en mai dernier.

Examen histologique. — Epithélioma tubulé.

Ce cas confirme les conclusions émises à propos de l'Obs. 100.

Observation 132 (1).

Cancer du col de l'utérus avec infiltration du ligament large gauche (déclaré inopérable). — Evidement vaginal. — Etincelage. — En cours de traitement.

Mme T..., 33 ans, La Gavotte (Marseille).

A. H. Nuls.

A. P. Aucune maladie grave.

Pas d'antécédents obstétricaux ou gynécologiques.

Parfois névralgies faciales.

Histoire de la maladie. — Le début de l'affection actuelle est difficile à préciser, car la malade n'a jamais eu de pertes. Elle a subitement commencé à souffrir dans le courant de 1907. Ces douleurs l'ont amenée à consulter récemment les Drs Poucel, Jourdan et Mangin, outre

(1) Cette observation n'est rapportée qu'à titre documentaire, et n'entrera pas encore en ligne de compte dans la discussion de la statistique.

son médecin actuel le Dr Bories. Au dire de la malade, ces MM. auraient déclaré qu'il n'y avait pas possibilité d'opération. C'est alors que le Dr Bories l'adresse au Dr K. H.

Etat actuel, 26 décembre 1907. — La malade est amaigrie et souffre beaucoup. A l'examen on constate une tumeur végétante et ulcérée sur le côté gauche du col de l'utérus, tumeur qui se prolonge sous forme d'ulcération végétante dans le cul-de-sac latéral gauche. Au toucher, le ligament large gauche est induré, volumineux, fait corps avec l'utérus. Il s'agit évidemment d'un cancer de l'utérus, avec localisation précoce et dominante dans le ligament large. C'est un cas qui ne donnerait aucun résultat pour l'action chirurgicale pure.

Opération, le 27 décembre. — Une incision menée latéralement contourne au plus près la tumeur du col et du cul-de-sac vaginal. Au cours de l'excision, le Dr Juge sent qu'un bloc épais et gros comme une petite pomme remplit le ligament large.

Alors, par la large brèche qu'il s'est crée, il place deux écarteurs dont l'auteur s'attache à charger et à maintenir relevés, la vessie et l'uretère qui ne tarda pas à être découvert. (Cette opération a été faite le soir, à l'aide de projecteurs électriques puissants). L'utérine est pincée contre la paroi pelvienne. Alors, soit avec les ciseaux, soit plutôt avec les pinces à griffes, ou mieux encore avec ses doigts, l'opérateur réussit à *dédoubler le ligament large*, à aggripper et extraire ce bloc cancéreux. Cette extraction terminée, de longs écarteurs étant introduits, on aperçoit comme un voile formant une voûte profonde. C'est le ligament large dont les deux feuillets ont été dédoublés.

Etincelage très prudent par K. H. Tamponnement très léger.

Suite opératoire. — Cette malade a fait des suites opératoires les plus curieuses qu'on puisse imaginer. Cette vaste cavité ligamentaire, s'est d'abord affaissée, puis a poussé des bourgeons charnus, surtout au niveau de son orifice vaginal. Il en est résulté la formation d'une sorte d'hiatus fibreux qui peu à peu s'est rétréci au point de ne laisser passer que l'extrémité du doigt, puis un porte-plume, et qui est actuellement complètement cicatrisé. En effet, il existe (10 juin) à la place du bloc cancéreux d'autrefois, un bloc dur, à trois saillies principales. L'une de celles-ci forme comme une sorte de dos de sangsue, mais dure et rénitente et presque élastique, orientée à gauche et en avant, une autre plus petite à gauche et en arrière, un troisième dans le cul-de-sac postéro-latéral droit. (Examen du 22 juin 1908). *La malade a augmenté de poids, est rose et en excellente santé.* Malade vue par le Pr Léopoold (de Dresde).

Examen histologique. — « Cette pièce est constituée par un tissu « fibreux, dense, dans lequel sont visibles des fibres musculaires, lisses, « coupées transversalement ou un peu obliquement, mais en petit « nombre. Il existe aussi des vaisseaux. Au milieu de ce tissu, existe « un assez grand nombre de nodules formées de cellules épithéliales. « Le centre de ces petits nodules est constitué par des débris nucléaires

« et protoplastiques (nécrose des cellules) et par quelques éléments « migrateurs polynucléaires. Les plus petits nodules sont au contraire « pleins et les cellules qui les constituent sont étroitement accolées.

« En résumé il s'agit d'un tissu fibreux avec quelques éléments « musculaires, qui est envahi par une néoplasie cancéreuse. » (Dr Bricka).

J'estime que ce cas est un des plus curieux qu'on puisse imaginer. En effet, au point de vue vital, cette malade, cachectique et abandonnée de tous en décembre, est aujourd'hui bien portante.

En elle-même, l'opération chirurgicale est des plus suggestives au point de vue du manuel opératoire et des conclusions qu'on peut en tirer comme moyen d'apprécier la valeur de la méthode.

1° En effet, il s'est agi là d'un véritable évidement utéro-ligamentaire par la voie vaginale allant jusqu'à dédoubler profondément les feuillets du ligament sans léser les organes voisins.

2° Cette énucléation au doigt d'un cancer est chose tellement insuffisante, même dangereuse, que de toute évidence, la repuliulation eût dû être immédiate.

3° Je ne cite cette observation que pour l'intérêt qu'elle peut présenter et non comme un résultat acquis, car la lésion était tellement grave qu'il serait bien étonnant qu'il n'y ait pas au moins quelques noyaux localisés de repullulation à combattre, comme il est, peut-on dire, dans le génie de la méthode.

Aussi n'y a-t-il pas lieu d'en faire état.

Néanmoins, je dois à la vérité de constater que la cicatrisation de cette vaste plaie s'est parfaitement effectuée, contrairement à ce que le mode opératoire employé permettait d'attendre, et que, de plus, cette malheureuse femme, qui dépérissait rapidement et souffrait cruellement, se trouve aujourd'hui, après huit mois, dans un état de santé florissant et ne souffre plus (1).

Observation 182.

Cancer du col de l'utérus propagé au corps. — Opération. — Etincelage. — Guérison apparente.

Mme C..., 58 ans.

En résumé, il s'agit ici d'un cas de cancer végétant du col débordant légèrement sur la muqueuse du cul-de-sac et remontant jusqu'à la par-

(1) Au moment de mettre sous presse, je revois cette malade. Le centre de cette tuméfaction ligamentaire signalée plus haut se ramollit. Par deux petits hiatus s'écoule une matière caséiforme. Il y a là certainement un point de repullulation, qui appelle une nouvelle intervention. La malade est toujours rose, mais souffre un peu du ventre.

tie inférieure du col. Utérus mobilisable. Hémorrhagies assez abondantes Teint cachectique marqué.

Opération le 11 mai. — *Destruction* par la curette et les ciseaux de la lésion macroscopique seule (Dr Mangin). Etincelage par K. H.

Cette malade souffrit assez vivement dans les 48 heures qui suivirent l'opération, mais put rentrer chez elle quelques jours après.

Examen du 19 juin 1908. — Absence de pertes; fermeture parfaite de la plaie. Le col est remplacé par une sorte d'étoile fibreuse à rayonnement, rétractile, à siége postéro-latéral gauche. L'utérus est immobile quoique un peu bridé dans sa partie inférieure par la cicatrice. Le teint cachectique a disparu.

Examen microscopique. — « Epithelium pavimenteux lobulé de « l'utérus. Gros globes épidermiques. Stromo jeune, surtout cellulaires. » (Pr Alezais.)

Ce dernier détail semble indiquer une évolution plutôt rapide.

Là encore l'opération, chirurgicalement absurde et inoculante, est à opposer à la rapidité et à l'excellence de la cicatrice.

IX. — RECTUM.

Observation 20.

Cancer du rectum, curetté et étincelé deux fois en 1906. — Une troisième fois deux ans après. — Guérison apparente.

M. U..., 63 ans.

Il s'agit ici de ce malade que K. H. avait signalé dans sa communication de 1907 à l'Académie. C'était un cancer de la face antérieure du rectum, à bord supérieur dépassant l'extrémité du doigt contrôlé histologiquement, qui, étincelé une première fois le 30 octobre 1906, une deuxième fois le 27 novembre 1906, a paru demeurer guéri jusqu'à aujourd'hui.

En effet, le malade jouit aujourd'hui d'une excellente santé, alors qu'il était épuisé par les suintements et les douleurs avant ces interventions.

K. H. s'aperçut en avril 1908, d'un point sespect à la partie supérieure de la cicatrice. C'est alors qu'il me le confia.

Le 27 avril, je pratiquais le curettage de ce point et à l'excision aux ciseaux des lambeaux de muqueuse flottants. Etincelage par K. H.

Voilà trois mois que cette intervention a été pratiquée et le malade possède actuellement une cicatrice linéaire et de bon aloi.

Examen histologique de la pièce, fragment enlevé le 17 avril : Epithelioma cylindrique à tendance télangiectasique.

Remarques : Au point de vue vital, voici un homme qui, en octo-

bre 1906, n'avait plus, suivant toute probabilité, que quelques semaines à vivre ; or, il a retrouvé et conserve encore une santé parfaite, se livrant à ses occupations professionnelles.

Insuffisance et même danger des actions chirurgicales entreprises sur lui (le cancer a été cureté) ; et pourtant cicatrisation parfaite.

Ce cas est un exemple de récidive ; mais à remarquer combien, avec la méthode, celle-ci a perdu sa signification terrible. A rapprocher au point de vue de la récidive de l'Observation 26 (Cancer du front).

Observation 139.

Cancer étendu du rectum. — Curettage, étincelage. — Guérison apparente.

M. R..., 50 ans, forgeron à Tarbes.

A. H. Père mort à 38 ans d'accident. Mère à 66 ans d'asystolie.

A. P. Aucune maladie sérieuse. Ictère catarrhal à 20 ans.

Histoire de la maladie. — En mai 1907, douleurs à l'anus, ténesme hémorrhagies. Un médecin pense à des hémorrhoïdes et ordonne un traitement en conséquence. Aucun résultat.

Le malade consulte à Marseille le Pr Imbert et le Dr Jourdan. Ces Messieurs portent le diagnostic du cancer du rectum et le dernier d'entre eux adresse le malade au Dr K. H., en même temps que les parents du malade le conduisent à mon cabinet.

Etat actuel. — « Il existe une large tumeur ulcérée qui dépasse en « haut le niveau que peut atteindre le doigt. Elle adhère en arrière au « sacrum et s'étend à sa partie supérieure jusqu'à la paroi antérieure « du rectum ». Telle est la description littérale que le Dr Jourdan fait de cette lésion, et notre distingué confrère ajoute :

« Une opération quoique possible me paraît devoir être suivie d'une « récidive rapide. »

Opération, le 10 fév. 1908. — Le Dr Juge après une large dilatation de l'anus détruit par la *curette* la masse cancéreuse. Comme l'indiquait Jourdan, celle-ci adhère bien au sacrum, aussi l'instrument effondre complètement la paroi postérieure de l'intestin, pénètre dans le tissu cellulaire pré sacré. A la limite supérieure et antérieure, l'opérateur excise aux ciseaux les lambeaux flottants de la paroi, mais juste au ras des lésions. Cet acte opératoire terminé, il reste une large perte de substance faisant communiquer largement la cavité du rectum avec son enveloppe graisseuse.

Etincelage énergique par K. H.

Suites opératoires. — Excellentes. 3 fois par jour injections d'eau glacée dans le rectum. Jusqu'au 22 février, suppression complète des douleurs. De ce moment les douleurs reviennent sous forme de crises.

5 mars. Afin de se rendre compte de leur cause, examen sous chloros : Aucune sensation de tissu cancéreux. Le doigt arrive sur une

surface cicatricielle paraissant assez souple et élastique, mais semblant marcher vers la formation d'une sorte de rétrécissement fibreux. Au-dessus, l'ampoule rectale est largement dilatée.

La hauteur de la cicatrice *n'excède pas 2 cent.*

Il semble évident que les crises douloureuses doivent être attribuées au rétrécissement en formation. Néanmoins et par prudence, il est enlevé une parcelle de ce tissu cicatriciel (27 mars). Macroscopiquement c'est du plus pur tissu de cicatrice, apparence que l'examen histologique confirme bientôt. Etincelage léger de cette petite plaie (1).

Afin de parer à la coarctation fibreuse, le malade est soumis à des séances de dilatation simple ou électrolytique.

Actuellement ce malade est dans l'état suivant : Localement, rectum parfaitement perméable, bande cicatricielle de un cent. au plus de hauteur, que le doigt dépasse et mobilise sans difficulté. Etat fonctionnel parfait, état général remarquable. Cet homme est en effet gras, *rose*, en possession de toutes ses forces.

Examen histologique. — « Coupe contenant un tissu conjonctif « très infecté, rempli de polynucléaires et traversé par de nombreux « vaisseaux, ce sont surtout des veinules à parois épaisses. Une région « de la coupe contient de l'*epithelioma cylindrique.* On trouve des « cellules cylindriques manifestement disposées en membranes, et des-« sinant des cavités très irrégulières de dimensions variables. La coupe « représente donc une végétation d'épithélioma cylindrique, d'origine « rectale, d'après les renseignements fournis. » (Pr Alezais).

Ce cas se passe de commentaires. — Remarques :

Gravité de la lésion qui n'eût donné qu'une récidive immédiate à une action chirurgicale pure ; caractère de nocivité de l'action chirurgicale telle qu'elle a été conduite (en l'espèce curettage d'un cancer). Excellence de la cicatrisation locale et de l'état général du malade remontant déjà à 6 mois, alors que la repullulation eût dû être immédiate.

A noter la puissance de cicatrisation et de reconstitution de l'organe au point qu'une large plaque cancéreuse est remplacée par une mince bande de tissu de cicatrice du meilleur aloi.

A noter également l'absence complète de complications infectieuses, malgré l'effondrement de la paroi postérieure du rectum et la large communication de ce cloaque avec l'atmosphère graisseuse péri-rectale. A ce point de vue spécial, à rapprocher des Obs. 105, 100, 132.

(1) Cette petite intervention fut pratiquée devant MM. Necker (de Vienne) et Rosenkrantz (de Berlin).

X. — VULVE.

Observation 86.

(*Voir Fig.* 58 et 59 ; *Obs.* 86 : *a*, *b*).

Cancer de la vulve. — Excision au plus près. — Etincelage. — Cicatrisation. — Ramollissement des ganglions. — Opération. — Mort par thrombose.

Mme C..., 62 ans, couturière, Marseille.

A. H. — Père mort à 62 ans, hémorragie cérébrale.

Mère de pneumonie.

A. P — Emphysème pulmonaire. Depuis une dizaine d'années leucorrhée. Rhumatisme à 29 ans, artério-sclérose marquée.

Histoire de la maladie. — Le 20 novembre 1906, le Dr Juge constate sur la lèvre droite et à sa partie moyenne, des végétations à l'aspect de chou-fleur de la grosseur d'une noix, et tout autour, et en arrière surtout, une série d'ulcérations superficielles d'aspect douteux, entourées de plaques de peau blanchâtres et comme leucoplasiques. Le 26 novembre 1906, ablation au thermo et au ras de la tumeur, et étincelage. Les ulcérations ne sont pas traitées. Cicatrisation complète de la plaie au bout de quelques semaines.

Les ulcérations s'agrandissent et finissent par former une plaie à base indurée, allant de l'anus à la partie moyenne de la vulve, mais là, s'arrêtant à la cicatrice opératoire antérieure. Ganglions inguinaux assez volumineux à droite et un peu moins à gauche. (Voir photo 85 *a*).

Opération nouvelle le 31 octobre 1907. Excision au plus près, des tumeurs ulcérées, étincelage. *Ganglions respectés.* Cicatrisation à la fin Novembre. 4 janvier 1908, cicatrisation parfaite ; tissus d'apparence inodulaire et de consistance fibreuse (Voir photo 86 *b*.) ; ganglions légèrement diminués. Disparition des douleurs existant avant l'opération.

26 mars. Etat parfait de la vulve ; bonne santé générale ; à gauche ganglions inguinaux à peu près stationnaires formant comme un chapelet dont les grains seraient d'ailleurs mobiles et indépendants les uns des autres. A droite les ganglions ont formé une masse du volume d'un œuf, *ramollie*, mais surtout remarquable par ce fait que cette masse ganglionnaire loin de former une plaque remplissant l'aine et comprimant les vaisseaux, semble s'énucléer d'elle-même. C'est un peu l'aspect *d'un abcès tout à fait sous-cutané*, comme on en voit chez les nourrissons derrière l'oreille ou au cuir chevelu, ou encore d'un abcès tubéreux. Tout autour, la peau est souple et nullement infiltrée. La malade ne souffre pas.

Opération, le 25 mars. — Opérateur le Dr Juge. Assistants : Drs Necker (de Vienne), Rosenkrantz (de Berlin).

Excision à la limite exacte du ganglion. Celui-ci crève laissant écouler une matière *ramollie et comme puriforme*. Dissection difficile avec les vaisseaux fémoraux par suite d'adhérences *fibreuses*. Une partie de la coque est même abandonnée en raison de ses adhérences, après avoir été râclée. La saphène à son embouchure est presque complètement oblitérée par de l'eudo-phlébite.

La paroi abdominale fendue, le Dr Juge extirpe les ganglions jusqu'à l'iliaque primitive. Ceux-ci conservent leur individualité et sont remplis comme les premiers de caséum ramolli. Leur paroi est détachée facilement par le doigt du péritoine et des vaisseaux. Néanmoins quelques fragments sont abandonnés, après avoir été curettés. Etincelage par K. H.

Suites opératoires normales. — Mais quelque temps après la malade meurt (10 avril) de gangrène sénile ayant envahi les deux membres inférieurs.

Examen histologique de la tumeur de la vulve. — « Epithélioma « pavimenteux lobulé. La surface est ulcérée. On trouve près de la « surface dans le tissu cancéreux de nombreuses petites cellules déno- « tant l'infection de la région.

« Tissu fondamental à fibres conjonctives abondantes en faisceaux. « Nombreux faisceaux lisses ». (Utérus ?) (Pr Alezais).

A remarquer :

1°) La cicatrisation durable des points, qui avaient été incisés, mais dans des limites étroites, avant d'être étincelé, alors que les points simplement étincelés avaient évolué.

2°) La réaction ganglionnaire et péri-ganglionnaire. Les ganglions restent d'abord stationnaires. Ils se traînent torpidement et ce n'est que 16 mois après la première intervention que leur développement nécessite leur ablation.

D'ailleurs, ils sont caséeux, ont une tendance à s'énucléer comme repoussés par les lames fibreuses, qui se sont formées derrière eux. (A rapprocher à ce point de vue spécial des Observations 94, 160, 197).

Observation 94.

(*Voir Fig.* 60 et 61 ; *Obs.* 94 : *a* et *b*).

Enorme cancer végétant de la vulve. — Excision. — Etincelage. — Cicatrisation. — Développement et ramollissement des ganglions. — Opération. — Cicatrisation. — Mort par pneumonie 4 mois après la deuxième opération.

Mme R.., 79 ans.

Ce cas est la répétition aggravée du précédent. Il s'agit d'un énorme cancer ayant envahi les deux grandes lèvres, surtout à droite, le vestibule et la région clitoridienne. Cette masse était ulcérée, gangrénée, et suintante à un point qu'il est difficile de décrire.

La *Fig.* 60 ne donne qu'une idée tout à fait insuffisante de l'exubérance de cette tumeur.

Là encore excision exactement à la limite des lésions et étincelage.

La cicatrisation fut parfaite et se maintenait (voir *Fig.* 61) jusqu'au moment où cette femme mourut de pneumonie 5 mois après l'intervention. Il ne fut pas touché aux ganglions.

Ce n'est que 3 mois après l'opération principale, que nous remarquâmes K. H. et moi deux groupes ganglionnaires qui s'étaient développés dans la région inguinale gauche, formant une ligne oblique en bas et en dedans, qui venait rejoindre la partie inférieure de la ligne cicatricielle de la première opération.

Incision de même direction qui met à découvert une agglomération de ganglions remplis de matières *caséeuses* et même puriformes par place, s'escudant jusqu'à la lésion primitive. Excision et surtout curettage de cette masse par le Dr Juge, étincelage par K. H. Large drainage.

Poussée de bourgeons charnus caractéristiques. Rétraction très rapide de la plaie et cicatrisation fibreuse.

Cette maladie a été vue, en pleine évolution de guérison de la deuxième intervention par MM. Benckiser et Krunn (de Karlsruhe), et complètement cicatrisée par le Pr Sonnenbürg (de Berlin).

Examen histologique. — « Epithélioma pavimenteux lobulé !
« Enormes travées de cellules malpighiennes ; avec globes épidermiques
« très développés. Ces travées occupent à peu près tout le tissu des
« coupes que l'on ne peut reconnaître ». (Pr Alezais).

Je fais remarquer :

1° L'Insuffisance de l'action chirurgicale et même son caractère nocif, étant donné l'attaque *en deux temps* et avec *curettage* de lésions très avancées qui pourtant cicatrisèrent individuellement.

2° La réaction des ganglions situés dans le voisinage de la zone de l'étincelage, analogue à celle des Observations 86, 137 et 160, auxquelles je renvoie le lecteur.

Observation 140.

(*Voir Fig.* 62 à 64 ; *Obs.* 140 : *a*, *b*, *c*).

Cancer de la vulve. — Excision étincelage. — Guérison.

Ce cas est encore très grave. Je n'en détaille pas l'Observation, celle-ci ne m'appartenant pas. Je renvoie le lecteur aux photos sur lesquelles il se rendra compte de l'étendue des lésions.

D'après les lignes d'excision, qui ont dessiné le contour de la tumeur et de la cicatrisation (photogr. de la cicatrisation, 3 semaines après l'opération) ; il se rendra compte de la valeur de la cicatrisation qui *aujourd'hui est absolument parfaite*, réalisant une vulve de nullipare.

XI. — SARCOME.

Observation 106.

Sarcome musculaire du bras. — Extirpation. — Récidive 2 mois après sous forme de multiples noyaux. — Excision et étincelage de chacun d'eux. — Cicatrisation. — 2 mois 1/2 après petits noyaux de repullulation localisée. — Grattage. — Etincelage. — Cicatrisation. — 3 mois après autres noyaux excisés et étincelés. — Résultat à discuter.

M. J..., 42 ans (de Cardiff, Angleterre).

En août 1907, cet homme s'aperçoit de la formation sur la partie antero supérieure du bras gauche, d'une grosseur du volume d'une noix, invisiblement, mais incluse dans les masses musculaires. Le Dr John Boyd (de Cardiff) applique d'abord de la teinture d'iode, puis le 14 août trouve que la tumeur a augmenté de volume.

Le Dr Philippi, chirurgien très connu dans la ville, examine le malade et le fait entrer à la Cardiff Infirmery, où le Dr Watkins l'examine à la radioscopie. 2 jours après, soit le 19 août, le Dr Griffiths l'opère. La tumeur est décrite sur la feuille d'observation de l'hôpital comme ayant le volume d'une balle de criquet. Cette tumeur examinée à Londres est reconnue comme étant de nature particuliérement maligne, la récidive devant être rapide et qu'en conséquence, il y aurait lieu de désarticuler le bras.

Le malade est soumis à une observation sévére. Au commencement de novembre, soit 2 mois 1/2 aprés l'opération, le Dr Griffiths propose cette opération radicale. C'est alors que le malade va voir K. H., d'abord á Paris, puis entre á la Clinique de Marseille, où il est opéré.

Opération du 26 novembre, exécutée par le Dr Juge. En voici le compte-rendu : Nombreux noyaux d'une grosseur variant d'un pois à une cerise, en général irréguliers, disséminés dans tout le bras, et infiltrant la face interne du biceps, celle du triceps, et surtout essaimés tout le long de la gaîne vasculo-nerveuse du bras jusqu'à l'aisselle. Chacun de ces noyaux est détaché individuellement, le bistouri rasant son contour, et la curette achevant le nettoyage.

La dissection des noyaux épars dans la gaîne vasculaire est particulièrement laborieuse. En effet, ceux-ci se sont infiltrés entre les cordons vasculaires et nerveux, les engaînant littéralement. Aucune veine n'est réséquée, mais vaisseaux et nerfs sont ébarbés avec beaucoup d'attention.

L'étincelage par K. H. fut ici particulièrement délicat; c'est en effet sur ces cas où l'application du temps électrique de la méthode demande une grande expérience et beaucoup de doigté. Fermeture partielle, large drainage.

Bourgeonnement superbe et caractéristique. Retraction rapide de la plaie et formation de lignes cicatricielles.

Vers le milieu de décembre une hémorrhagie secondaire grave faillit emporter le malade.

Vers le 15 janvier le malade fut atteint d'une fièvre typhoïde légère pendant laquelle se forma et se dévelppa une petite tumeur, au niveau du creux axillaire. C'était comme un nodule, qui évolua très rapidement et se ramollissait comme un abcès. Elle affecta bientôt la forme d'un champignon à peau amincie et l'incision donnait issue à du pus grumeleux. On songe d'abord à un abcès évoluant dans l'ancien lit d'un fil de suture, mais l'examen histologique d'un fragment (voir examen n° 3) montre que celui-ci affecte une structure sarcomateuse avec éléments cellulaires en pleine nécrobiose.

C'est alors qu'une deuxième intervention est pratiquée.

Incision, curettage et dissection de la coque. Celle-ci est trouvée couchée sur *un véritable lit fibreux* qui semble l'isoler et la repousser au dehors.

Etincelage, 17 février. — Sorti de la clinique. Cicatrisation parfaite. Bon état général.

En mai nouvelle petite repullulation locale que K. H. traite de la même façon avec le concours du Dr Récamier (de Paris), et qui cicatrise. J'ai appris depuis que ce malade las des retouches pourtant bien anodines et purement locales qu'il devait subir, aurait consenti à la désarticulation de l'épaule. Ce qui nous prive des moyens d'observer la suite d'un cas si intéressant.

Examen histologique. — N° 1. « Sarcome des bras. Les noyaux sar-« comateux sont formés d'éléments globo ou fuso-cellulaires. Plusieurs « cellules à plusieurs noyaux. Nombreuses lacunes vasculaires sans « parois propres. Hémorrhagies fréquentes. » (Pr Alezais).

Il s'agit donc là d'une néoplasie particulièrement maligne.

Examen histologique. — N° 2. (Elément prélevé au moment de l'incision du pseudo-abcès en janvier). — « Sarcome globo-cellulaire avec « quelques cellules à noyaux multiples; petites hémorrhagies; peu de « tissu fibreux. »

Examen histologique. — N° 3. (Fragment prélevé lors de la petite intervention du 6 février.) — « Le dernier noyau de J..., remis le « 6 février, fut remarquable par la *nécrobiose* des éléments. La struc-« ture de sarcomo globo cellulaire se reconnaît encore par endroits, « mais dans la plus grande étendue des coupes on ne trouve pour refor-« mer les lobules de la tumeur, qu'un tissu rougeâtre granuleux, sans « structure. On suit par endroits entre des masses amorphes, le tissu « sarcomateux. » (Pr Alezais).

Examen des noyaux de la pièce, enlevés en mai, à Paris, à l'hôpital Saint-Michel, par M. Récamier, et examinés par M. Dominici.

« Ces pièces me paraissent très intéressantes et l'étude mériterait d'en « être approfondie. Pour cela il serait nécessaire que j'eusse d'autres « fragments de tissus.

« Quoiqu'il en soit, des deux pièces que j'ai examinées, l'une, celle qui « est recouverte d'épiderme, présente les modifications de la sclérose « inflammatoire; l'autre pièce est surtout formée d'un tissu hémorrha- « gique encadré par un tissu de tumeur se rapprochant des sarcomes.

« La première pièce est remarquable pour deux raisons : 1° Les « fibroblastes du tissu de sclérose, qui occupent la couche sous-papil- « laire du chorion et le derme, sont de grandes cellules à corps et à « noyau très volumineux; 2° Le tissu fibreux est parcouru par d'énor- « mes vaisseaux sanguins réduits à un endothelium embryonnaire.

« Si la couche sous-papillaire du chorion et le derme étaient exclusi- « vement composés par les cellules en question et les capillaires san- « guins embryonnaires, nous nous trouverions en face d'un sarcome; « mais ce diagnostic est actuellement insoutenable par les motifs que « voici : Les cellules fixes anastomotiques sont séparées par des épais- « seurs considérables de fibrilles de collagène qui s'organisent en cer- « tains points en faisceaux conjonctifs denses; les capillaires sanguins « embryonnaires sont creusés, non pas dans un tissu cellulaire pur, « mais dans un tissu conjonctif réticulé de type lymphoïde. Ces îlots « lymphoïdes périvasculaires sont les témoins d'une réaction inflamma- « toire chronique que caractérisent, d'autre part, l'extravasation de « globules rouges, la diapédèse des polynucléaires et des mononucléaires « du sang, la présence de macrophages en activité, une infiltration « lymphoïde composite formée de cellules lymphatiques embryonnaires, « ou de plasmazellen. L'infiltration lymphoïde est à la fois diffuse dans « le tissu conjonctif intervasculaire, et condensée autour d'une partie « des capillaires sanguins.

« L'interprétation des coupes de la seconde pièce est beaucoup moins « commode.

« En effet, elles sont composées dans presque toute leur étendue « d'infiltrats hémorrhagiques et de zone de nécrose entre lesquelles « s'espacent des petits îlots néoplasiques. La structure de ces îlots est « comparable à celle des sarcomes, car ils sont formés de grandes cel- « lules conjonctives à la fois embryonnaires et atypiques, unies par « leurs angles en un réseau qui se raccorde aux parois de vaisseaux « sanguins exclusivement formés d'un endothélium plasmodial.

« Les mailles limitées par le réseau en question, contiennent de « grandes cellules libres atypiques, du genre de celles qui existent dans « les lymphosarcomes.

« J'arrête ici ma description, car les faibles proportions des éléments « néoplasiques s'opposent à une étude et à une interprétation un tant « soit peu approfondies du néoplasme. » (D[r] Dominici).

Ce cas est des plus remarquables :

1° Par la structure particulièrement maligne du néoplasme (sarcome globo-cellulaire avec travées très pauvres en tissu conjonctif, beaucoup de cellules à noyaux multiples).

2° Par sa distribution topographique (essaimage diffus de noyaux

remontant jusqu'à l'aisselle). On ne peut imaginer de forme clinique plus grave.

3° Par le caractère invraisemblablement insuffisant et même nocif du temps chirurgical de notre opération, qui a consisté à gratter ces noyaux sarcomateux éparpillés entre nerfs et vaisseaux, et fusionnés avec eux. Il est clair que c'est là une chirurgie peu *classique*.

4° Par le caractère particulièrement délicat de l'acte de l'étincelage (projection de la puissante étincelle de haute tension sur des parois vasculaires).

5° Par la cicatrisation inattendue d'un pareil foyer cancéreux ainsi traité (sauf trois petites repullulations localisées), par la survie et le retour à un bon état général, de ce malade qui manifestement aurait dû rapidement succomber à une néoplasie généralisée.

6° Par le caractère anodin et la rapide cicatrisation de trois petits foyers de repullulation *tout à fait localisés*; par la *structure dégénérative des éléments* cellulaires de ces foyers ; enfin par la formation au-dessous *d'eux d'un plan fibreux* qui pour ainsi dire les isole et les repousse au-dehors. — A rapprocher ce phenomène de celui observé dans des cas semblables, phénomène qui se trouve ici constaté par des examens histologiques répétés, fait par des techniciens différents (Obs. 150, 137, 86 et 94).

COMMENTAIRES ET CONCLUSIONS.

Tel est le dossier clinique que je me proposais de présenter au lecteur. De ces 40 observations, toutes ne sont pas irréprochables, certes. Bien des détails font défaut, qu'on exige d'observations tenues au jour le jour dans un service d'hôpital. Mais aucune ne laisse place au moindre doute sur la réalité du diagnostic, du pronostic, et sur la sincérité du traitement mis en œuvre. — Nous sommes dès lors bien placés, le lecteur et moi pour revivre l'histoire de nos malades et la soumettre à la critique.

DÉFINITION DE LA MÉTHODE.

Une confusion pourrait s'établir dans les esprits. Le mot de Fulguration ne s'applique pas seulement au temps électrique de la méthode. Il est la désignation de la méthode elle-même. Celle-ci se compose essentiellement, comme K. H. n'a cessé de le proclamer (1), d'une collaboration étroite de l'action chirurgicale et de l'intervention électrique. C'est une méthode électro-chirurgicale, qui se propose,

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 7 juillet 1907. — *Revue de Thérapeutique*, 15 octobre 1907. — *Congrès d'Electrologie de Milan*, septembre et octobre 1906. — *Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 22 février 1907.

pas du tout une action de cautérisation, qu'elle n'est *à aucun degré*, peu l'action de destruction qui n'est chez elle que secondaire; mais surtout un effet de réaction des tissus et une véritable action de vitalisation. Telle est du moins la formule que K. H. avait commencé à dégager de ses premiers travaux, et que, plus tard ensemble, nous avons pu, de plus en plus, induire de nos observations et de notre étroite collaboration. Aussi, comme on a pu s'en rendre compte à la lecture de la partie documentaire, l'intervention commencée par un étincelage préalable, rapide et diffus, se continue par l'opération chirurgicale proprement dite, d'ailleurs tout à fait spéciale, et se termine enfin par le temps électrique essentiel, l'étincelage définitif.

Il ne m'appartient pas de disserter sur la partie électrique. K. H. l'a fait, avec toute l'autorité qui lui appartient en cette matière (1). Qu'il me suffise de rappeler au monde chirurgical qu'il s'agit en l'espèce de l'utilisation, par un dispositif original de l'auteur, de la longue et puissante étincelle de haute tension et de haute fréquence, fournie par un appareillage comportant une bobine à induction de 50 cent. de longueur d'étincelles, une interruption à turbine à grande vitesse de Wähnelt ou d'un autre, un condensateur à pétrole de Gaiffe, et enfin du résonateur de Oudin. (Voir *Fig.* 1).

J'ajoute que, chose essentielle, grâce à un dispositif utilisant ou une soufflerie, ou de l'air comprimé, ou surtout un courant d'acide carbonique, K. H. s'attache à dépouiller, aussi complètement que possible, l'étincelle électrique de son action calorifique.

Tel est l'énoncé de l'instrumentation électrique nécessaire à la méthode de la Fulguration.

Sans entrer dans une étude de détails, dont ce n'est pas le lieu, je dois attirer l'attention de mes collègues, les chirurgiens, sur le caractère tout spécial et les difficultés insoupçonnées de l'application de cette méthode.

La tension considérable de l'étincelle de haute fréquence, l'intensité des effets destructifs qu'elle peut développer, sont des faits que l'opérateur doit s'attacher à connaître, s'il veut rester maître de déterminer telles ou telles réactions salutaires, sans dépasser le but et risquer de faire du mal. Rien n'est plus variable, en effet, que les phénomènes biologiques produits, suivant la durée et l'intensité de l'étincelage, les variations de potentiel à la source, aux pôles de l'éclateur, ou au bec de l'électrode.

Il faudra apprendre à les prévoir et à les produire, suivant les exigences de la lésion traitée et les susceptibilités anatomiques de la région. Ainsi, l'action électrique, qui pourra se forcer au maximum sur

(1) *Archives d'Electricité médicale,* 25 mai 1908.

un tissu infiltré de néoplasie et tolérant, devra s'atténuer singulièrement au voisinage de tels ou tels organes délicats : cordons nerveux à inhibitions ou réflexes possibles ; vaisseaux capables d'hémorragies secondaires ; grandes séreuses ou viscères creux dont l'ouverture consécutive pourrait-être désatreuse. — Tout cela est question de dosage de l'action électrique, qu'à défaut d'instruments encore inexistant, l'expérience, appuyée sur une observation continuelle des faits, permet seule d'apprécier. C'est là une notion fondamentale, que K. H. à soupçonnée dès ses premiers travaux, qu'il a mise nettement en lumière et que depuis, j'ai moi-même constatée avec lui au cours de nos observations journalières et fécondes, malgré que celle-ci nous laisse encore à l'esprit bien des points imprécisés.

ETUDE PHYSIOLOGIQUE.

Maintenant voyons les effets de l'étincelage. Je diviserai ceux-ci en *immédiats*, *consécutifs*, et *éloignés*.

A. — Phénomènes immédiats.

Sous l'action de l'étincelle refroidie (1), promenée rapidement sur la peau, celle-ci s'ischémie véritablement, formant une large plaque de pâleur autour du point de chute de chaque étincelle. Il est à remarquer que celle-ci pourvue, de toute sa chaleur, détermine un effet de vésiculation intense et rapide qui fait défaut lorsqu'elle est refroidie. Dans l'un comme dans l'autre cas, la prolongation de l'étincelage localisé produirait bientôt la mortification. Sur le tissu graisseux sous-cutané et sur les muscles, la réaction se traduit par une coloration brune que mentionnent tous les observateurs (2).

1° *Ce n'est pas une cautérisation.* — Ce n'est pas, comme on le croit généralement, une cautérisation. Il suffit, pour s'en convaincre, d'assister à une opération. Le déplacement rapide et incessant de l'électrode, le jaillissement continuel d'un soufle gazeux à travers celle-ci et baignant l'étincelle, témoignent du souci de l'auteur de la méthode d'éviter, à tout prix, l'action calorifique. Il y réussit d'ailleurs ; et j'ai maintes fois montré aux observateurs que le roussissement brunâtre de la plaie était dû à la coagulation des gouttelettes de sang, qu'il suffisait de frotter la surface cruentée, avec un tampon de coton, pour voir celle-ci se revêtir de l'aspect normal du tissu, aspect d'au-

(1) Je n'attache pas de précision scientifique à ce qualificatif, qui me paraît seulement commode. Je veux dire par là que l'étincelle, telle que K. H. l'emploie, se trouve privé de la plus grande partie de ses effets calorifiques par le renouvellement rapide de la couche gazeuse au sein de laquelle elle jaillit.

(2) Voir les travaux allemands déjà cités.

tant plus facile à constater que l'hémorrhagie capillaire est d'ailleurs minime.

2° *Effet hémostatique.* — C'est qu'en effet tel est un des heureux effets de l'étincelage et des plus constants sur les surfaces curetées. Peu de minutes suffisent pour que le suintement en nappe tarisse, le plus souvent d'une façon définitive, au point que nous avons abandonné K. H. et moi, le tamponnement des utérus évidés et la compression des larges surfaces cruentées de la face. Je citerai même l'Observation 192, où la cavité résultat d'un large évidement d'un maxillaire supérieur fut laissée béante dans la bouche.

3° *Effet Analgésique.* — Je ne veux pas aller plus loin dans l'étude des phénomènes objectifs et réactionnels, sans insister, comme il convient, sur la valeur de l'étincelle comme agent analgésique. L'atténuation marquée, le plus souvent même, la disparition des douleurs, tel est l'un des effets les plus constants et les plus durables de la méthode de la Fulguration. Le lecteur, qui aura bien voulu suivre l'histoire de nos malades sur les lignes arides des Observations, aura déjà retenu cette heureuse influence.

Nous avons observé constamment que ces malheureux, qui nous arrivaient à la Clinique, abandonnés de tous et porteurs de lésions affreuses, goûtaient un soulagement presque complet, dès lors qu'ils revenaient du sommeil choroformique. Loin d'être transitoire, comme à la suite de l'administration d'un médicament hypnotique ou quelques minutes d'application du souffle statique sur un foyer névralgique, l'apaisement des douleurs nous a paru toujours un bénéfice acquis pour longtemps, et, on en conviendra, éminemment heureux, quand il s'agit de douleurs du cancer, parfois si cruelle, et presque toujours rebelles à toute médication.

Je ne veux citer ici que quelques cas, car il faudrait reprendre toute nos Observations, qui me paraissent les plus frappants (Obs. 54, 148, 170, 49, 130, 132, 128, 160, etc...). — Mieux que cela, même dans les cas où nous n'avons obtenu qu'une amélioration, l'effet analgésique a été le côté le plus constant le plus appréciable de celle-ci. Tels sont les cas 70 et 108, qui ont en outre bénéficié du maintien d'un état général, contrastant avec la progression de la lésion ; tel a été surtout le cas 174, celui de cet affreux cancer du rocher et de la boite crânienne, où la malheureuse patiente avait cessé toute plainte de suite après l'opération, alors que, quelques jours auparavant, l'excès de ses souffrances l'avait conduite à une tentative de suicide.

Cet heureux effet, de la Fulguration, seul assignait à celle ci une place dans la thérapeutique du cancer.

Je ne citerai que pour mémoire l'œdème cutané de voisinage, que nous avons maintes fois remarqué à la fin de l'opération, et que je

crois pouvoir rattacher au phénomène très important que nous allons maintenant étudier, la *lymphorrée*.

B. — **Phénomènes consécutifs.**

1° *Lymphorrée.* — C'est le terme qui nous paraît le mieux convenir en l'espèce. Immédiatement après l'opération, quelquefois même en transportant le malade dans son lit, le pansement se trouve imprégné par un liquide à peine rougi qui n'est manifestement pas du sang. Nous avons même pu observer que parfois dès ce moment, autour de la tache centrale légèrement teintée, le liquide était manifestement de couleur sub-jaune, et que c'était vraiment une sérosité. Plus tard, dès le lendemain, et à plus forte raison les jours suivants, l'apparence de sérosité jaunâtre existe seule, nullement adultérée par du sang.

L'abondance et la durée de cet écoulement lymphorrhéïque sont très variables. Parfois son abondance est telle que dès le 1er jour, il traverse toute l'épaisseur d'un gros pansement et *même la literie.* Tel a été le cas des Observations 5, 134, 158, 214. La durée en est variable. Quelquefois au bout de 48 heures, l'écoulement est arrêté. En revanche, je l'ai vu se propager tout récemment, et avec abondance pendant une semaine, sur trois malades qui avaient été opérées le même jour. Sur l'une d'elles j'ai pu recueillir, d'un drain axillaire, un filet d'une sorte de gelée blonde comme de l'ambre, 5 jours après l'opération.

Ce phénomène est constant et a frappé tous les observateurs qui ont vu les malades à la Clinique.

Les modalités de cette lymphorrhée peuvent relever de différentes causes : du potentiel électrique (très important, je crois), de la durée d'application de l'étincelle, et enfin de la région opérée. Très abondante après l'étincelage de la région mammaire et de l'aisselle, de la face, elle le paraît moins quand on a agi sur les os. Pourtant, à la suite de la fulguration d'un sarcome du tibia récemment opéré, elle a été notable.

K. H. et moi sommes portés à attacher la plus grande importance à ces véritables *chasses* de lymphe. Riches en polynucléaires comme l'a démontré un examen fait par le Pr Alezais, et un autre fait par un de nos confrères parisiens (1), elles nous paraissent constituer la première phase de la réaction salutaire des tissus, présager par leur abondance de la vigueur du bourgeonnement, enfin d'une façon générale permettre de bien augurer de l'avenir. Au contraire, l'absence de tout écoulement est plutôt un mauvais présage, (Obs. 136, 1re opération);

(1) M. le Dr C. Sicard, Agrégé, Médecin des Hôpitaux de Paris.

et sa suppression brusque a coïncidé plusieurs fois avec une élévation de température.

2° *Escharre.* — Bientôt apparaît sur la plaie une membrane, grisâtre ou jaunâtre, friable : c'est l'escharre. Elle est attribuable à la *sidération électrique des tissus*, et non à la cautérisation. Elle apparaît, en général, 48 heures après l'opération et tombe complètement 8, 10, 15 jours plus tard, suivant son importance, qui elle-même varie suivant la durée et l'intensité de l'étincelage, et le potentiel électrique. C'est dire que l'escharre dépend directement des modalités de l'action opératoire. Malheureusement on ne dispose d'aucun moyen durant l'exécution de l'étincelage, pour prévoir et mesurer mathématiquement l'importance de la future escharre. Inoffensive quand elle se produit, même importante, sur des masses de tissu indifférent (muscles, graisse), elle pourrait devenir dangereuse dans une région vasculaire, ou au contact des cavités articulaires, d'un réservoir naturel, ou encore d'une grande séreuse, comme le péritoine. Peut-être faut-il l'incriminer dans les hémorrhagies secondaires des Observations 106 et 214. C'est dire combien *il est nécessaire d'acquérir l'expérience d'une méthode si radicalement nouvelle, avant de la manier correctement* (1).

3° *Bourgeonnement.* — Bien avant la chute complète de l'escharre et surtout à ce moment apparaissent naturellement les bourgeons charnus.

Il paraîtra exagéré d'insister sur ce phénomène. Pourtant il est impossible d'observer de près quelques-uns de nos malades sans convenir de la réalité d'un processus, sinon tout à fait nouveau, du moins sensiblement différent de ce que nous avons vu jusqu'ici. Le bourgeonnement consécutif à l'étincelage est d'un rose pâle ; je dirais volontiers qu'il rappelle le rose de la fraise. La sensation qu'il donne au toucher est tout à fait caractéristique. C'est onctueux, non friable, comme velouté. Quant la couche repose sur un plan osseux, elle se présente quelquefois comme une surface ondulée comme par des vagues, séparées par des sillons d'ailleurs peu profonds ; et le doigt qui se promène sur elle a comme l'impression de coucher celles-ci et de les sentir se relever après qu'il les a dépassées. C'est une sorte *d'impression d'élasticité*.

L'activité de ces bourgeons est considérable. Ils comblent rapide-

(1) A ce point de vue particulier, je fais remarquer la délicatesse de touche que K. H. a dû déployer dans l'étincelage de la cavité à parois fragiles que je lui avais préparée par l'évidement vaginal du ligament large gauche. Il lui a fallu éviter de perforer le péritoine et l'intestin, et en même temps exercer une action suffisante pour produire la réaction vitale, facteur du succès au moins momentané que nous a donné ce cas (Obs. 132).

ment de vastes pertes de substance. Même j'ai vu sur de larges surfaces osseuses, mises à nu et étincelées, perler par les canaux osseux une végétation de bourgeons qui eut bientôt fait de résorber les trabécules de tissu compact. En même temps, on assiste à la rétraction centripète et étonnamment rapide des bords de la plaie et de son liseré cicatriciel d'ailleurs du meilleur aloi. C'est une *véritable fougue de la cicatrisation.*

Le résultat le plus frappant de cette activité vitale est la formation des cicatrices sur lesquelles je vais insister. Celles-ci arrivent à remplacer de larges surfaces cancéreuses, non pas par un placard fragile, ou bien à nervures chéloïdiennes, mais par des bandes ou des nodules de tissu fibreux, incomparablement plus petits que la perte de substance qu'ils ont recouverte. Il y a là comme une traction des téguments voisins comme une sorte d'autoplastie spontanée, en un mot un processus de reconstitution de la partie, véritablement *incroyable*, que pour ma part je n'avais jamais observé et qui a frappé tous les observateurs. Voyez, en effet, les photos de l'Obs. 148 où une perte de substance, qui a détruit les téguments de la face depuis l'œil jusqu'à la lèvre, est remplacée par une cicatrice en coup d'ongle sous la paupière ; — 26, où les 3/4 de la région frontale, dévorée jusqu'à et y compris l'os, soit par la tumeur, soit par l'ulcération cancéreuse, sont recouverts par les téguments appelés de loin, au point qu'il n'existe plus qu'un placard large comme une pièce de 5 francs, que recouvre sans peine le chignon ; 160, — où l'extirpation des téguments de la plus grande partie de la surface de la lèvre inférieure et du menton, n'a pas empêché le malade de recouvrer une lèvre presque normale et recouverte de poils ; — 58, où un cancer végétant qui a dévoré une bonne partie du nez et de la partie interne des paupières, a fait place à une reconstitution *cosmétique*, invraisemblable si on ne voyait les photos ; — 64 et 112, où des lèvres cancéreuses guérissent sans la moindre déformation ; — 94 et 140, où une raie cicatricielle remplace des cancers de la vulve, étendu dans un cas (140), énorme, dans un autre (94) ; — enfin, et par desssus tout, 54, où une cavité orbitaire complètement évidée jusqu'à la fente sphénoïdale est actuellement comblée par un bloc de tissu fibreux qui ne laisserait pas place à un œil artificiel.

En dehors des malades contrôlés par la photographie, ce même résultat est obtenu et particulièrement frappant dans le cas 132, où une large caverne résultant du dédoublement par la voie vaginale, du ligament large, et de la destruction d'un bloc cancéreux qui l'avait rempli, a été comblée par une telle exubérance de tissu d'apparence fibreux que la cavité s'est rétrécie à vue d'œil et avec une rapidité remarquable ; — dans les cas 21 et 139, celui-ci surtout, où

un cancer du rectum que le doigt ne pouvait pas atteindre, n'est plus représenté que par une bande cicatricielle de 1 cent. de hauteur.

Phénomènes éloignés.

4° *Réaction à distance.* — Ce processus de *fibrose* s'irradie à une certaine distance. Rien ne le prouvera mieux que l'étude des réactions des ganglions vis-à-vis de l'étincelage. Dans la plupart de nos cas, il s'agissait de lésions tellement avancées qu'il n'est pas douteux que les ganglions fussent envahis, au moins histologiquement, indépendamment des cas où l'examen clinique le démontrait. Or, le lecteur de mes observations aura pu se rendre compte que nous n'extirpons pas systématiquement, et en même temps que la tumeur principale, les territoires ganglionnaires qui en dépendent. Et, à la vérité, l'évènement a souvent justifié cette ligne de conduite. Voici, par exemple, toute une catégorie de cas, où il n'a pas été touché aux ganglions; et où ceux-ci sont depuis restés immobiles : crâne (Obs. 26), face, toutes les observations, sauf une seule la 54 (52, 128, 148, 166, 58, 62); langue (Obs. 172); lèvres (64, 112); muqueuse buccale (Obs. 170); maxillaires (Obs. 200, 76); vulve (Obs. 140). On peut légitimement admettre, que dans plusieurs de ces cas, l'étincelage est bien la cause de cette torpidité, d'autant plus qu'il nous a été donné de saisir sur le fait, en plusieurs circonstances, la réalité de cette influence bienfaisante. C'est ainsi que dans l'Observation 5, un volumineux ganglion ; dépendant d'un cancer du sein inopérable, a été abandonné par K. H. de peur d'intéresser les vaisseaux; et la région a été simplement étincelée. 18 mois plus tard, je trouve le paquet vasculo-nerveux étreint par une intrication fibreuse, transformation évidente de ce ganglion et du tissu cellulaire qui l'entourait. Dans les observations 160 (lèvres), 137 (muqueuse buccale et joue), 86 et 94 (vulve), le bistouri dissèque de véritables plans de lamelles fibreuses, couchés comme un blindage protecteur sur les vaisseaux. Ces lamelles encerclent, ou plutôt repoussent au dehors des ganglions qui sont aisément détachables. Par fois, processus inattendu, ceux-ci subissent de profondes modifications ; leur contenu devient du caséum et même de la matière puriforme. Cette évolution, extériorisation du ganglion et liquifaction de son contenu, apparaît avec évidence dans les observations 160, 94 et surtout 86. Elle nous est si connue que, dans un cas (Obs. 160), nous avons pu l'annoncer avant l'opération aux confrères distingués qui nous ont fait l'honneur d'assister à celle-ci.

Il n'est pas possible d'arrêter un instant sa réflexion à de pareils et si nouveaux phénomènes (locaux ou de voisinage), sans y reconnaître la manifestation de la puissance de l'étincelage. En effet, il est hors

des habitudes du cancer, simplement curetté, ou éradiqué juste à sa limite, de substituer à sa virulence une pareille franchise de cicatrisation, et une activité réactionnelle de l'organisme qui comble non seulement la plaie principale, mais encore suscite de pareilles réactions de défense, loin du centre de la lésion. Il s'agit là, certainement, d'une mise en œuvre d'inconnus moyens de défense de l'organisme, d'une suractivité cellulaire : disons le mot, d'une véritable *vitalisation*.

C'est à cette même vitalisation que je crois pouvoir rattacher l'absence si remarquable de complications infectieuses dans plusieurs circonstances, notamment où celles-ci paraissaient fatales (Obs. 132, 105).

C'est également ce phénomène qui nous permet d'expliquer la manière, véritablement inattendue et nouvelle, dont se comportent des récidives, et les noyaux aberrants que nous avons plusieurs fois abandonnés systématiquement, après l'exérèse de la tumeur principale.

Dans l'Observation 26 par exemple, 11 mois après la cicatrisation obtenue par simple curettage et étincelage d'un énorme cancer du front, voilà qu'un noyau apparaît, d'ailleurs à la limite de l'action opératoire précédente. Il se traîne torpidement; et, quand K. H. décèle son existence, nous l'extirpons au plus près, l'étincelons ; et cette petite plaie guérit comme d'habitude, c'est-à-dire très vite. Voilà encore l'Observation 52 (à laquelle je prie le lecteur de se reporter) ; soit que la première intervention ait été incomplète, soit qu'il y ait eu reprise d'un nodule aberrant et non traité, un point suspect, effectivement néoplasique, apparaît. Il est curetté (je le trouve noyé dans le tissu fibreux), étincelé; et la cicatrice se fait normalement. Voilà l'Observation 54. Il s'agit là de ce cancer qui, après maintes péripéties chirurgicales et applications de rayons X, avait dévoré l'orbite. Le comblement de celui-ci par du tissu fibreux est obtenu dans moins de 4 mois. Mais, à la suite d'une omission lors de la première intervention, on s'aperçoit d'un trajet suspect sur la paroi interne. J'évide par la curette partie de la masse latérale de l'ethmoïde effectivement infiltrée. K. H. étincelle, et la malade cicatrise admirablement (Voir photos Obs. 54). Voilà l'Observation 49, une des plus anciennes de K. H. Un nodule est demeuré après l'intervention du 10 mai 1906 (Intervention presque exclusivement électrique : c'était alors la première manière). La malade, qui était mourante, retrouve la santé, et conserve bonne partie de son sein avec le nodule qui y est inclus. Or, 18 mois plus tard, un prélèvement démontre histologiquement que ce *noyau est bel et bien encore du carcinome*. D'ailleurs la petite plaie étincelée s'est réunie par première intention ; c'est au moins une façon peu classique de jouer avec du cancer. Voici l'Observation 130 : il est difficile d'imaginer un cancer du sein plus grave. Tout y est réuni pour affirmer ce caractère : troi-

sième récidive, prise en masse du sein et des ganglions, et enfin pullulation dans la peau et au loin (Voir photo, Obs. 130.) Eh bien, 11 mois après l'opération sur le sein, les noyaux cutanés sont excisés comme on enlèverait un grain de plomb enchâssé dans la peau et étincelés. Il y a de cela 17 mois; et la malade est en parfait état. Voilà le cas 134 (Excision au ras d'un cancer ulcéré presque inopérable). Je néglige systématiquement nombre de nodules essaimés dans la peau jusqu'à 15 cent. au loin de la tumeur; 5 mois après, j'extirpe ces nodules un par un, comme dans le cas précédent, K. II. étincelle et chacune de ces petites plaies se cicatrise complètement. Enfin voici le cas 106 (il s'agit de cette sarcomatose diffuse). Deux nodules repullulants, l'un 3 mois, l'autre 6 mois après l'opération principale, sont trouvés couchés sur une lamelle fibreuse qui les énuclée comme spontanément. Curettés, étincelés, ils cicatrisent tous deux.

Tels sont les faits d'opérations incomplète ou de repullalation, disons le mot, de récidives, que mes 40 observations m'ont permis d'étudier. Il ne semble pas possible à un esprit non prévenu de ne pas reconnaître qu'un *fait nouveau est né*, que dans nombre de cas la méthode de la Fulguration a modifié fondamentalement la conception que nous nous faisions jusqu'alors des récidives cancéreuses. Il ne s'agit plus maintenant de ces infiltrations diffuses dans les ganglions et le long des gaînes, qui bien vite nous désarmaient, mais le plus souvent de reprises très localisées d'un processus d'ailleurs le plus souvent dégénératif et privé de virulence. L'étude des réactions de voisinage semble bien prouver qu'il s'agit en l'espèce beaucoup moins d'une œuvre destructive que de la mise en œuvre des forces réactionnelles de l'organisme capables dès lors d'entamer la virulence du cancer, de l'encercler et de le rendre inoffensif.

DISCUSSION DES CAS.

Ce chapitre s'impose. Il est de toute nécessité, en effet, pour apprécier la valeur de la Fulguration, de déterminer si cette méthode a donné, en quelques cas, des résultats meilleurs que ceux des procédés actuellement en vigueur. Je me propose de sérier mes malades en plusieurs catégories, en me plaçant au point de vue de l'opération chirurgicale classique.

J'étudierai :

1° *Ceux qui étaient inopérables ;* et par là j'entends ceux qui ne pouvaient bénéficier d'un résultat même temporaire.

2° *Ceux qui étaient opérables, mais au prix de grands délabrements*, et, comme conséquence, qui étaient exposés à des récidives rapides.

3° *Ceux qui étaient opérables dans les conditions normales.*

J'indiquerai l'ancienneté de leur guérison, *étant bien entendu que cette dernière expression signifie simplement, guérison apparente et actuelle.* De plus, en raison de l'inocuité des noyaux localisés de repullulation et de l'efficacité de leur traitement, points sur lesquels je me suis suffisamment expliqué, je ferai partir mes calculs de durée, de la date de l'opération principale qui a déterminé leur retour à la santé.

A. — *Cas inopérables par la chirurgie pure et incurables par tout autre moyen, traités par la méthode de la Fulguration et actuellement en vie et cicatrisés (avec ou sans retouche). Ancienneté de leur guérison (apparente)*

OBSERVATIONS	LOCALISATION DES CANCERS	ANCIENNETÉ DE LA GUÉRISON
26	Cancer des téguments du crâne..	19 mois.
54	— de la face	11 mois.
148	— —	6 mois.
170	— de la muqueuse buccale..	5 mois.
74	— — ..	11 mois.
5	— du sein..................	28 mois.
49	— —	27 mois.
130	— —	29 mois.
20	— du rectum...............	20 mois.
139	— —	5 mois.
140	— de la vulve.............	7 mois.

B. — *Cas à la rigueur opérables par la chirurgie pure, mais avec grands délabrements. Traités par la Méthode et actuellement en vie et cicatrisés.*

OBSERVATIONS	LOCALISATION DES CANCERS	ANCIENNETÉ DE LA GUÉRISON (APPARENTE)
52	Cancer de la face	15 mois.
128	— —	8 mois.
58	— —	14 mois.
160	— des lèvres...............	4 mois.
200	— du maxillaire supérieur..	4 mois.
30	— du sein..................	18 mois.
134	— —	8 mois.

C. — *Cas opérables normalement.*
Traités par la Méthode et actuellement en vie et cicatrisés.

OBSERVATIONS	LOCALISATION DES CANCERS	ANCIENNETÉ DE LA GUÉRISON
166	Cancer de la face	4 mois.
172	— de la langue.............	4 mois.
64	— des lèvres...............	11 mois.
112	— —	9 mois.
158	— du sein.............. ...	6 mois.
100	— de l'utérus et du vagin...	7 mois.
182	— — — ...	3 mois.

D. — *Cas inopérables et soulagés.*

OBSERVATIONS	LOCALISATION DES CANCERS	ANCIENNETÉ DE L'INTERVENTION
62	Cancer de la face	12 mois.
76	— du maxillaire supérieur..	10 mois.

E. — *Echecs.*

OBSERVATIONS	LOCALISATION DES CANCERS
126	Cancer de la langue.
102	— —
174	— de l'oreille et du crâne.
70	— de l'utérus.
108	— —

F. — *Morts d'affections intercurrentes.*

OBSERVATIONS	LOCALISATION DES CANCERS
66	Cancer du plancher de la bouche.
136	— de la muqueuse buccale et de la joue.
72	— du sein.
188	— —
192	— du maxillaire superieur.
86 et 94	— de la vulve.

Discussion de la Statistique. — Elle sera courte ; mais je prie instamment le lecteur qui aurait une tendance à discuter sur les chiffres à se reporter aux observations et aux photographies, qui lui permettront d'apprécier la nature des cas, le traitement, et la valeur de la guérison.

C'est dire que moi-même je veux *étudier* la question d'après les mêmes principes ; savoir :

Les cas de guérison ; et par cette expression je repète encore que j'entends seulement *la guérison apparente et actuelle*, comportant les deux éléments, cicatrisation de la plaie et bon état général ;

La nature de la guérison ;

Les cas non guéris, mais soulagés et prolongés ;

Les échecs ;

Le coefficient qui dans ces résultats revient à la méthode de la Fulguration.

Je veux d'abord déblayer le terrain des cas où la mort est survenue d'affection intercurrente avant qu'en ait pu juger de résultat.

Tels sont : le cas 66 (cancer du plancher de la bouche, des ganglions sous-maxillaire et de la région parotidienne). La première intervention avait donné lieu à un bourgeonnement du meilleur augure, lorsque 48 heures après l'extirpation des masses ganglionnaires, le malade succomba au cours d'une des crises d'angine de poitrine qui ne cessaient de le menacer.

Le cas 136 (cancer de la muqueuse buccale de la joue et des ganglions). Ce malheureux se suicida lorsque la troisième intervention donnait les plus belles espérances.

Le cas 72 (cancer du sein), mort par rhumatisme, la cicatrisation étant encore incomplète.

Le cas 188 (il s'agissait ici de cet énorme squirrhe en cuirasse et ulcéré), mort par hémorrhagie secondaire 11 jours après l'opération. La plaie avait la plus belle apparence.

Le cas 192 (sarcome étendu de la voûte palatine et du maxillaire supérieur), mort d'aortite un mois après l'opération alors que l'escharre était tombée et que les bourgeons offraient le meilleur aspect.

Le cas 86 (cancer de la vulve et des ganglions inguinaux et iliaques), mort de trombose et de gangrène des membres inférieurs quelques jours après l'exécution du temps ganglionnaire. Les deux interventions qui avaient attaqué successivement les lésions vulvaires primitives avaient été suivies d'une cicatrisation qui restait parfaite encore au moment de la mort.

Le cas 94 (énorme cancer végétant et ulcéreux de la vulve et des ganglions inguinaux), mort 4 mois après l'exécution du temps ganglionnaire, les foyers opératoires étant *parfaitement cicatrisés.*

C'est en vain que l'on prétendrait ranger le cas 136 parmi les échecs, sous prétexte que les deux premières interventions avaient été suivies de récidive et que la troisième aurait bien pu donner le même résultat. Qu'on veuille se reporter au texte de l'observation et l'on se rendra compte que, lors de la troisième opération, je constatais l'existence d'un processus vigoureux de fibrose et de fonte ganglionnaire, que l'expérience nous a démontré du meilleur augure. On se convaincra également que l'évolution de la dernière plaie opératoire, permettait d'espérer un bon résultat.

D'ailleurs, si l'on devait charger de ce cas malheureux le passif de la méthode, de bonnes raisons permettraient d'inscrire à son actif les observations 72 et surtout 86 et 94.

Je passe à la discussion des autres catégories.

Cas de guérison. — Ceux-ci comprennent 11 cas de cancers inopérables (par. A.), 6 cas de cancers qui eussent été à la rigueur, opérables par la chirurgie pure, mais au prix de grands délabrements (par. B.), 7 cas opérables normalement par la chirurgie seule. Soit au total 26 cas.

Voyons d'abord les cas inopérables. J'en compte 11 desquels je consens à retrancher encore le cas 148 pour le faire passer dans la catégorie B (cas opérables mais avec de grands délabrements), malgré que je l'ai estimé personnellement inopérable. Restent 10 cas qui reconnaissent comme ancienneté 5 mois (Obs. 170 et 139), 7 mois (Obs. 140), 11 mois (Obs. 54 et 74), 19 mois (Obs. 26), 20 mois (Obs. 20), 27 mois (Obs. 49), 28 mois (Obs. 5), 29 mois (Obs. 130).

Voilà donc onze malheureux, tous incurables, dont beaucoup avaient épuisé toutes les ressources de l'art sans succès et qui pour la plupart seraient morts. Or, aujourd'hui, ils *sont tous en bonne santé* et doivent évidemment *leur guérison à l'heure actuelle à la méthode de la Fulguration*.

Dans la catégorie B (celle des cas à la rigueur opérables par la chirurgie pure, mais avec grands délabrements), je compte 7 cas, 8 avec le n° 148 que je range ici par excès de prudence. Or, ces 8 malades ont toutes les apparences de la guérison et cela au prix de sacrifices insignifiants, puisque, je le répète, le temps chirurgical de la méthode n'a consisté qu'à l'extirpation au plus juste des lésions macroscopiques. Ces cas ont comme ancienneté de guérison 4 mois (Obs. 160 et 200), 6 mois (Obs. 148), 8 mois (Obs. 128 et 134), 14 mois (Obs. 58), 15 mois (Obs. 52), 18 mois (Obs. 30).

Dans la catégorie C (cas opérables normalement par la chirurgie pure, traités par la méthode et actuellement cicatrisés), leur ancienneté est de 3 mois (Obs. 182), 4 mois (Obs. 166 et 172), 6 mois (Obs. 158), 7 mois (Obs. 100), 9 mois (Obs. 112), 11 mois (Obs. 64).

Mêmes remarques concernant ces cas, au sujet de la parcimonie opératoire.

Dans la catégorie D (cas inopérables soulagés ou améliorés par l'emploi de la méthode), je note l'observation 62, dont la cavité affreusement mutilante de la face, est en grande partie fibrosée. J'en ai eu confirmation par un de mes internes, qui est allé visiter cet homme dans son village et l'a trouvé occupé aux travaux des champs. L'intervention remonte à un an.

Je note également l'Observation 76, qui atteint d'une récidive massive d'un épithélioma qui avait nécessité la résection du maxillaire supérieur, se maintient depuis plusieurs mois, ne souffrant plus, en bon état général.

Je compte 5 échecs, dont deux cancers de la langue (Observations 126 et 102). Ce dernier ne nous étant parvenus qu'à la troisième récidive, après deux opérations chirurgicales pures infructueuses, nous sommes portés de K. H. et moi à chercher la cause de ces échecs indépendamment de la malignité particulière de la lésion dans une insuffisance topographique de l'exérèse chirurgicale, et aussi dans le fait d'opérations antérieures incomplètes, puisque suivies de récidives, qui favorisent l'essaimage et rendant plus incertaine l'action de l'étincelle. Peut-être aussi la raison en est-elle dans la richesse vasculaire de la langue, qui crée des conditions spéciales. Ce point sera l'objet de nos futures recherches.

Je note aussi l'Observation 174 (énorme végétation qui émergeait du crâne, ayant dévoré le conduit auditif, le pavillon de l'oreille, et bonne partie du rocher). Deux destructions successives par la curette de ces masses cancéreuses furent suivies de récidive, les bourgeons cancéreux repullulant immédiatement, au milieu des bourgeons de bonne nature. Ce cas encore était une récidive post-opératoire d'un cancer du pavillon de l'oreille et il y eut certainement insuffisance de mon intervention chirurgicale, malgré que j'aie pénétré largement dans la cavité crânienne et le cerveau.

L'Observation 70, ainsi que l'Observation 108, sont pour nous les prototypes de l'impuissance de l'étincelage devant l'infiltration cancéreuse, dont l'action chirurgicale ne peut pas atteindre au moins, les limites macroscopiques. Il s'agissait dans les deux cas de cancers de l'utérus soudés aux parois du bassin, qui furent simplement améliorés : arrêt des hémorrhagies, diminution des pertes fétides, *suppression de la douleur*, *soutien de l'état général*, et prolongation certaine de l'existence. Par un côté, on pouvait ranger ces deux cas dans le cadre de ceux qui ont été améliorés.

L'étude de ces échecs et de leurs causes nous a conduits, de K. H., et moi, d'une part, à attribuer une résistance particulièrement fâcheuse

à l'action de l'étincelage, aux récidives qui suivent une opération chirurgicale pure, d'autre part à exiger dans le plus grand nombre de cas, comme minimum nécessaire et presque toujours suffisant, de la part de l'œuvre chirurgicale, l'ablation des tissus malades dans *leurs limites macroscopiques*.

Nature de la guérison. — Ce serait me répéter que d'insister ici sur le caractère satisfaisant, le plus souvent même excellent, de la cicatrisation, chez nos malades. Ce caractère ressort de la lecture des observations, de la description aussi juste que j'ai pu la faire de ce processus de fibrose que j'ai saisi sur le fait dans un grand nombre de cas. Il ressort aussi de la reconstitution invraisemblable des parties et de la substitution d'une cicatrice saine et très petite à de larges pertes de substances. Il ressort enfin et surtout et avec une évidence éclatante des photographies que je mets sous les yeux du lecteur (voyez surtout les *Figures* des Obs. 26, 54, 128, 148, 58, 166, 64, 112, 160, 74) ; (voyez les Obs. 132, 20, 139).

A voir ces documents le lecteur se convaincra de la valeur de la guérison locale, au point de vue de l'économie des téguments, et de la solidité et de l'esthétique de la cicatrice.

Coefficient qui dans ces résultats revient à l'étincelage. — La lecture des observations, auxquelles je renvoie sans cesse le lecteur, l'aura éclairé, jusqu'à satiété, sur une des caractéristiques de la métode de K. H ; il aura vu, en effet, que dans tous les cas, même les plus beaux, la chirurgie que nous avons mis en œuvre a toujours été nettement insuffisante, absurde, par rapport au principe opératoire actuel, et même aurait dû être profondément nuisible. En effet, détruire par la curette un cancer des téguments du crâne (Obs. 26), des cancers de la face (Obs. 52, 128, 148, 58), de la cavité orbitaire, y compris une partie de l'ethmoïde (Obs. 54), toujours par la curette des rectums cancéreux (Obs. 20 et 139) : c'est là de la chirurgie nocive au premier chef par les inoculations fatales qu'elle crée. De même, c'est une action insuffisante et presque aussi dangereuse, d'exciser au ras de la tumeur, un bloc cancéreux de la lèvre, comme dans l'Observation 160, de petits cancers des lèvres, comme dans les Observations 64 et 112, des tumeurs du sein et les nodules métastatiques qui s'y rattachent, individuellement et à de longs intervalles de temps, comme dans les Observations 130 et 134 ; c'est enfin œuvre tout aussi invraisemblable, au point de vue classique, d'extraire un noyau cancéreux du ligament large (Observations 132), ou des parois vaginales (Obs. 100 et 182), ou encore de négliger et traiter séparément, et de quelle façon, les infiltrations ganglionnaires, comme dans les Observations 86, 94 et 137.

Cela, c'est de la chirurgie incompréhensible avec les idées classiques et tout le monde sera d'accord avec moi, *dangereuse*.

Il est, de toute évidence, que le mérite de nos guérisons ne lui revient pas ; mais bien à l'élément nouveau, l'étincelage.

Principes opératoires. — Son rôle n'en est pas moins nécessaire. La preuve en est dans les échecs que de K. H. a connus à l'époque de l'enfantement de sa méthode, et dans la reprise de l'évolution cancéreuse que nous deux avons vu se produire autour de noyaux qu'on avait négligés, en raison de leur caractère douteux. Un fait corrobore cette opinion : c'est le cas d'un malheureux que K. H. me citait, porteur d'un noyau cancéreux gros comme une noix, siégeant à la commissure labiale, qui, insuffisamment opéré une première fois et ayant refusé l'intervention telle que nous la concevons maintenant, a fini par mourir, la moitié de la tête dévorée par la tumeur (Obs. 31 du cahier).

Son but sera donc au minimum la destruction *par n'importe quel moyen* de la *lésion macroscopique* de la tumeur. Ce sera le minimum ; mais cela sera suffisant : toutes nos observations tendent à le prouver, je ne veux pas y revenir.

De cette conception nouvelle de l'acte chirurgical résulte l'inanité des exérèses massives, emportant d'un seul bloc la tumeur principale et son territoire lymphatique. Un cancer ne sera pas inopérable, lorsque le bistouri sera dans l'impossibilité de dépasser une large zone autour de la lésion principale. Pour pouvoir donner des résultats appréciables, il suffira simplement que celui-ci puisse atteindre, *mais tout juste*, *les limites extérieures* de la tumeur. Dès lors il m'apparaît que la classique division en cancers opérables et en cancers inopérables puisse être remplacée, en se plaçant au point de vue de la méthode de la fulguration, par celle *des cancers abordables* et *des cancers inabordables*.

Le chirurgien, ami de la méthode de K. H., aura à débarrasser son esprit de l'obsession de l'essaimage fatal du virus cancéreux par une action opératoire, incomplète d'après les données classiques, ou faite en plusieurs temps. Ainsi, telle tumeur principale étant énucléée au plus près, au sein par exemple, par une simple incision de découverte, il pourra abandonner tout *évidement* de l'aisselle. Il lui sera utile seulement de détacher avec le doigt les seuls ganglions manifestement pris, et même de respecter les nodules qui auraient pu déjà s'essaimer dans la peau, quitte à surveiller ceux-ci, prêt à les énucléer, s'ils évoluent. Ou bien encore, autre cas, tel noyau de cancer, poussé sur le col de l'utérus ou même s'étalant en greffe sur la muqueuse vaginale, ne lui commandera plus la colpo-hystérectomie abdominale, ou le dangereux évidement pelvien que nous pratiquions

jusqu'alors. Une excision de la seule portion du col malade et de l'ulcération vaginale lui suffira. Même si une portion sous-jacente du paramètre ligamentaire est envahi, un évidement habile, respectueux de l'uretère et de la vessie, lui permettra de suffisamment préparer l'action électrique, réserve faite d'un envahissement probable des ganglions pelviens, qui pourrait faire préférer la voie abdominale.

Dans tous les cas, le chirurgien ménagera de larges voies de drainage, en vue de l'écoulement lymphoréique, je ne saurais trop insister sur ce point.

Cette pratique lui réservera des résultats supérieurs à ceux des méthodes actuellement connues, nos observations autorisent à le penser.

Mais, chose indispensable, il s'imposera la surveillance de son malade et s'obligera à exciser et à étinceler tout noyau de repullulation ; et la petite plaie ainsi créée ne tardera pas à cicatriser (Voyez surtout Obs. 130 et 54). L'innocuité, comme il semble, de la récidive, tout le temps qu'elle se produit à portée, la possibilité de l'atteindre avec succès par une nouvelle et anodine intervention électro-chirurgicale : telles sont les heureuses conséquences de la méthode de la Fulguration. Celle-ci n'est pas un incident électrique au cours de l'opération classique du cancer, mais vraiment une méthode qui change radicalement notre manière de concevoir le traitement du cancer, méthode dans laquelle *la chirurgie élimine*, et *l'étincelle cicatrise*.

Tels sont dans leurs grandes lignes, que je ne fais qu'ébaucher ici, les principes qui me paraissent devoir inspirer l'action chirurgicale dans la nouvelle méthode.

C'est là une conception nouvelle, l'avenir dira si elle est justifiée.





ARCHIVES

PROVINCIALES

CHIRURGIE

FONDATEURS

RÉDACTEUR EN CHEF

BAUDOUIN

PARIS